

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913 — N° 13.

DES
COMPLICATIONS AURICULAIRES
DE L'OZÈNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien DECHAUME-MONCHARMONT

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à La Grande-Verrière (Saône-et-Loire), le 2 novembre 1884



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1912

DES
COMPLICATIONS AURICULAIRES
DE L'OZÈNE

DES
COMPLICATIONS AURICULAIRES
DE L'OZÈNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lucien DECHAUME-MONCHARMONT

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à La Grande-Verrière (Saône-et-Loire), le 2 novembre 1884



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	X...
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	COURMONT (P.).
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—
Propédeutique urologique	GAYET	—
Déontologie et médecine professionnelle	MARTIN (Et.)	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	UILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, Ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, Ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LANNOIS, Président ; M. COLLET, Assesseur ;

MM. CADE et PIERY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

Ulcère gastrique en évolution; périgastrite; sténose pylorique; entérostomie; guérison. En collaboration avec M. le docteur GAYET. (Soc. des Sc. médicales de Lyon, 25 novembre 1908, *Lyon médical*, 1909, I, p. 99.)

Tumeur cérébrale. Craniectomie. Aphasie motrice post-opératoire. Amélioration. En collaboration avec M. le docteur GAYET. (*Lyon médical*, 14 février 1909.)

Ostéomalacie. En collaboration avec M. le docteur GAYET. (Communication à la Soc. des Sc. médicales de Lyon, 28 avril 1909, *Lyon médical*, 1909, II, p. 644.)

Deux cas de syphilis osseuse. En collaboration avec M. le docteur GAYET. (Communication à la Soc. des Sc. médicales de Lyon, 28 avril 1909, *Lyon médical*, 1909, II, p. 705.)

Mortalité des prématurés à la nourricerie Rémond. En collaboration avec M. le docteur PLAUCHU. (Réunion obstétricale de Lyon, le 22 décembre 1909, *L'obstétrique*, 1910, p. 181.)

Maladie de Recklinghausen. En collaboration avec M. le Pr PIC. (Soc. des sc. médicales, *Lyon médical*, II, 961.)

Un cas d'abcès extra-dure-mérien. En collaboration avec M. le docteur Lannois. (Société des Sciences médicales de Lyon, 6 mars 1912, *Lyon médical*, 9 juin 1912.)

Ostéomyélite du crâne d'origine otique. En collaboration avec M. le Pr Lannois. (Soc. des sc. médicales de Lyon, 6 mars 1912, *Lyon médical*, 9 juin 1912.)

A propos d'un cas de cancer secondaire du larynx. En collaboration avec M. le Pr Lannois. (Congrès de la Soc. française de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. Paris, 13-15 mai 1912, *Annales des maladies de l'oreille*, 1912.)

En préparation :

Le coryza spasmodique. En collaboration avec M. le professeur COLLET.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

Que j'unis dans un même sentiment
affectueux.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur LANNOIS

Professeur adjoint de clinique oto-rhino-laryngologique
Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Pendant un semestre d'internat nous avons été heureux de profiter de son précieux enseignement. Il nous a inspiré le sujet de ce travail et nous en a rendu l'exécution facile. Nous tenons à l'assurer de notre profonde reconnaissance pour la bienveillante sympathie qu'il nous a toujours manifestée.

A Monsieur le Professeur COLLET

Professeur de pathologie interne
Médecin des hôpitaux

Nous le remercions de la grande bienveillance qu'il nous a témoignée pendant un an passé dans son service comme externe et comme interne ; des aimables conseils qu'il nous a prodigués et de l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant d'être notre juge.

A mes JUGES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

M. le Professeur agrégé GANGOLPHE, chirurgien honoraire des hôpitaux.

M. le Professeur agrégé VILLARD, chirurgien des hôpitaux.

M. le Professeur NICOLAS, médecin des hôpitaux.

M. le Professeur COLLET, médecin des hôpitaux.

M. le Docteur BRET, médecin des hôpitaux.

M. le Docteur MOUISSET, médecin des hôpitaux.

Internat

M. le Professeur agrégé GAYET, chirurgien des hôpitaux.

M. le Docteur PLAUCHU, accoucheur des hôpitaux.

M. le Docteur PÉHU, médecin des hôpitaux.

M. le Professeur LESIEUR, médecin des hôpitaux.

M. le Docteur ALBERTIN, chirurgien des hôpitaux.

M. le Professeur agrégé BÉRARD, chirurgien des hôpitaux.

M. le Professeur agrégé COMMANDEUR, accoucheur des hôpitaux.

M. le Professeur PIC, médecin des hôpitaux.

M. le Professeur LANNOIS, médecin des hôpitaux.

M. le Professeur COLLET, médecin des hôpitaux.

INTRODUCTION

Le titre de cette thèse en indique suffisamment l'objet. Nous nous proposons d'y passer en revue les différentes complications auriculaires qui menacent tout ozéneux. Elles s'observent fréquemment, ce qui n'est pas fait pour nous surprendre, si on songe que ces malades, pendant de longues années, sont porteurs de lésions nasales extrêmement fétides, susceptibles par conséquent de déterminer d'un moment à l'autre des complications sur l'appareil auditif.

Ces accidents peuvent aller, comme gravité, du simple catarrhe tubaire aux otorrhées chroniques suivies de mastoïdites ou de suppurations intra-craniennes. Nous en rapportons, par la suite, de nombreuses observations dont le plus grand nombre ont été obligeamment mises à notre disposition par M. le professeur Lannois, et sont tirées de ses registres d'hôpital ou de clientèle. Les autres ont été empruntées à la thèse de t du récent ouvrage de COMPAÏRED.

Nous nous proposons de démontrer dans ce travail que la plupart des ozéneux ont des lésions d'oreille et une diminution manifeste de l'acuité auditive; nous nous efforcerons de le prouver en nous appuyant sur

nos observations qui témoignent toutes, ou presque toutes, dans ce sens. Enfin, nous voulons reprendre, dans notre chapitre V, l'étude d'une otite spéciale décrite antérieurement par MM. Lannois et Jacod sous le titre d'*otite ozéneuse* et qui représente non pas une infection auriculaire banale, mais une localisation extranasale de l'ozène, un ozène de l'oreille moyenne, qui a droit, selon nous, à une individualité clinique au même titre, par exemple, que l'ozène trachéal de Luc ou l'ozène des voies lacrymales.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les complications auriculaires de l'ozène, quelle que soit leur nature, leur mécanisme et leur évolution, ne constituent que des acquisitions récentes de la pathologie de l'oreille. Il suffit de remonter 35 ans en arrière pour trouver le premier mémoire faisant mention de troubles de l'ouïe chez les ozéneux. C'est à ZAUFAL que revient le mérite d'avoir révélé l'existence de pareilles complications, à une époque où les spécialistes les plus éminents considéraient l'ozène comme une affection exclusivement limitée aux fosses nasales et incapable d'avoir quelque retentissement sur l'oreille.

En effet, MICHEL, de Cologne, écrit en 1876, dans son *Traité des maladies du nez*, qu'il a rarement vu un malade affecté d'ozène souffrir en même temps des oreilles, puisque sur 90 ozéneux traités par lui, il n'a observé qu'un seul cas de surdité progressive et quelques cas d'inflammation suppurative de la caisse.

MORELL-MACKENZIE, dans son ouvrage intitulé : *Les maladies du cou et du nez*, est à peu près du même avis. « A la suite, dit-il, d'un catarrhe de l'espace naso-pha-

ryngien, il se développe parfois une inflammation chronique de la trompe d'Eustache ; il ne faut pas oublier, cependant, que le catarrhe atteint très facilement des organes dont l'innervation a souffert et que pour beaucoup d'affections de l'oreille moyenne, la cause est de nature tropho-neurotique. Je n'ai pas trouvé la même proportion de sourds parmi mes malades affectés d'ozène ; ce n'est que rarement que j'ai vu une coexistence des deux affections. »

D'après LÆWENBERG, la rhinite atrophique ne se complique pour ainsi dire jamais d'affections auriculaires. Il n'en a observé que chez un vingtième des malades atteints d'ozène. Il n'existe pour cet auteur aucun rapport entre ces deux sortes d'affections.

Alfred MARTIN, dans sa thèse (Paris 1881), après des recherches systématiques, est du même avis que MICHEL, de Cologne. « Il ne faut pas oublier, dit-il, l'état de l'oreille dans l'ozène, car d'une façon générale on sait que la muqueuse de l'oreille moyenne n'étant qu'un diverticule de la muqueuse pharyngo-nasale, les lésions de celles-ci se propagent facilement à celle-là. Mais cette propagation assez fréquente, dans les autres maladies du nez et du pharynx nasal, nous semble assez rare dans l'ozène ; jamais nous n'avons vu un malade atteint d'ozène vrai se plaindre de ses oreilles. »

Enfin, quelques années plus tard, dans son *Manuel pratique des maladies des fosses nasales*, MOURE fait remarquer, avec LÆWENBERG, que l'immunité relative de l'oreille moyenne dans cette affection est d'autant plus intéressante à constater que, par suite de l'atrophie du cornet inférieur en particulier, l'orifice de la trompe

se trouve plus directement exposé à l'air inspiré et qu'il est souvent baigné par les sécrétions qui s'accumulent dans les fosses nasales.

C'est en ces termes qu'en 1880 et 1886 s'expriment la plupart des spécialistes, ou en tout cas ceux qui font autorité. Cependant, dès 1876, ZAUFAL avait signalé l'existence de complications auriculaires dans un mémoire très détaillé. « Il est intéressant, dit-il, d'étudier les particularités anatomiques et pathologiques qui, dans l'ozène, peuvent amener des affections auriculaires. Dans les cas d'ozène que j'ai observés, j'ai trouvé 80 pour 100 de complications auriculaires. Ce fait est en pleine contradiction avec l'expérience de MICHEL pour lequel les affections de l'oreille dans l'ozène sont une rareté. Cette contradiction provient peut-être de ce que MICHEL avait moins fait attention à ces complications... Abstraction faite des conséquences nuisibles de la sécrétion en putréfaction, la largeur anormale du méat inférieur, la petitesse ou le manque total de cornet inférieur doivent, d'après les principes de la mécanique, avoir une influence sur la trompe d'Eustache. Le but mécanique des narines consiste sans doute à chauffer l'air inspiré en le divisant en couches minces et à recueillir sur leurs parois les particules étrangères (poussières, etc.) qu'il tient en suspension. L'air ainsi chauffé et purifié devient inoffensif pour l'espace naso-pharyngien, l'orifice de la trompe, le larynx et les poumons. Existe-t-il une largeur excessive des narines, l'épaisseur de la colonne d'air augmente, l'air est bien moins chauffé, et le courant d'air froid inspiré dépose des impuretés sur les

parois postéro-latérales de l'espace naso-pharyngien et particulièrement au niveau de l'orifice tubaire. Il en résulte des inflammations aiguës ou chroniques qui peuvent se propager vers la caisse du tympan... Dans l'ozène, où les deux narines sont ordinairement élargies, nous trouvons dans la règle les deux oreilles affectées quoique à un degré différent. Les lésions les plus fréquentes sont l'otite moyenne hyperplasique, l'otite moyenne suppurée aiguë ou chronique et l'otite moyenne catarrhale. La dureté de l'ouïe confine souvent à la surdité. Dans chaque cas d'ozène, on trouvera souvent de légers degrés de surdité. »

Les complications auriculaires de la rhinite constituent désormais des éventualités presque inévitables, puisque ZAUFAL les a observées dans une proportion de 80 pour 100 des cas. Aussi cet article fut le point de départ de travaux et de recherches du même genre destinés à appuyer ou à infirmer ses conclusions.

MARTIN, nous l'avons déjà signalé, réfute cette opinion, en s'appuyant sur l'examen d'ozéneux en séries qui n'eurent jamais à se plaindre des oreilles.

MOLDENHAUER fait de la surdité et des bourdonnements d'oreille une complication assez fréquente et assez grave qu'il attribue à une otite sélereuse, soit, mais plus rarement, à une otite moyenne suppurée.

La question fait en 1886 l'objet de vives controverses quand paraît à Berne la thèse de Wyss, qui constitue un travail fondamental sur les complications auriculaires de l'ozène. Après avoir examiné systématiquement, comme ZAUFAL, les oreilles de 60 malades atteints de rhinite atrophique, cet auteur découvre chez

47 sujets toute une variété de lésions tympaniques allant du simple enfoncement ou du simple épaississement de cette membrane à sa perforation. Par un interrogatoire scrupuleux, il élimine de sa statistique 18 malades ayant eu dans l'enfance des fièvres éruptives ou autres affections susceptibles à elles seules d'expliquer les lésions tympaniques. Cette déduction une fois opérée, il n'en reste pas moins vrai que les affections auriculaires compliquent fréquemment la rhinite atrophique, ce qui lui permet de formuler les conclusions suivantes :

« Dans la moitié des cas, les lésions auriculaires ne sont pas accompagnées de symptômes subjectifs, bruits d'oreille et surdité. Ce sont, ou bien des résidus d'anciens processus inflammatoires de la période hypertrophique de l'ozène : épaississement du tympan, calcifications, petites perforations fermées par des cicatrices ; ou bien des lésions de la période atrophique : altérations du pavillon de la trompe, insuffisance fonctionnelle (collapsus) du canal tubaire, enfoncement et raréfaction du tympan.

« Dans le quart des cas, les complications auriculaires sont plus graves. Elles se produisent pendant la période atrophique et sont accompagnées généralement de surdité et de sensations subjectives. Les affections que nous avons constatées sont :

« L'otite catarrhale aiguë et subaiguë avec ou sans exsudat.

« L'otite suppurée aiguë ou chronique.

« L'otite moyenne chronique sèche avec ou sans labyrinthite. »

DEUMIER, en 1890, dans sa thèse sur l'ozène, fait mention d'un cas de catarrhe sec de l'oreille moyenne qui se traduisait à l'examen otoscopique par de l'opacité du tympan et la disparition de son reflet lumineux.

SCHESTAKOW, élève de Wyss, envisage également la question dans sa thèse (1894) et trouve, sur 28 ozéneux, 13 sujets porteurs de lésions auriculaires.

GUILPIN, en 1895, dit avoir rencontré 19 malades se plaignant des oreilles sur 136 ozéneux.

A partir de cette époque, l'existence de ces complications auriculaires est hors de doute et à peu près universellement admise. Tous les travaux contemporains sur ce sujet en font mention, et si Carlos OQUENDO ne fait que les citer, PECK, dans sa thèse, leur consacre une large place et attire même l'attention sur la possibilité de suppurations mastoïdiennes, conséquences de la rhinite atrophique.

Ces lésions auriculaires au cours de l'ozène sont aujourd'hui admises par la plupart des auteurs, sans discussion, et elles ont pris place non seulement dans des articles originaux, mais encore dans la plupart des traités classiques, et même certains auristes reconnaissent, dans la fétidité toute spéciale de ces suppurations, un symptôme révélateur de leur origine ozéneuse. CASTEX, notamment, dans la seconde édition du traité de chirurgie de LE DENTU et DELBET, signale l'existence de complications du côté de l'appareil auditif se traduisant par du catarrhe tubaire, des otites catarrhales et des otites moyennes suppurées, « dont le pus a l'odeur caractéristique ».

LANNOIS et JACOD, allant plus loin dans l'étude de ces

suppurations d'oreille liées à l'existence d'une rhinite atrophique, ont décrit une forme particulière d'otite à évolution chronique, dont l'exsudat peu abondant se concrète en croûtes brunâtres et verdâtres, d'odeur ozéneuse typique, qu'ils considèrent non pas comme une complication banale, mais comme une localisation anormale de l'ozène sur la muqueuse de la trompe d'Eustache et de la caisse, à laquelle ils ont donné le nom d'*otite ozéneuse*. Ce ne serait, d'après ces auteurs, qu'une variété de localisation extra-nasale de l'ozène, au même titre, par exemple, que l'ozène trachéal.

COMPAIRED, de Madrid, dans des communications au Congrès de Séville de 1910, dans de nombreux articles originaux et dans un ouvrage récent qu'il consacre entièrement à l'étude de l'ozène et de ses complications, envisage longuement le retentissement de la rhinite atrophique sur l'oreille moyenne et ses annexes. A sa consultation du « Refuge » de Madrid, il a l'occasion d'observer de nombreux cas d'ozène sur ses compatriotes qui, dit-il, jouissent du triste privilège d'être spécialement prédisposés à cette affection, au point que les deux tiers des malades qui fréquentent son service sont des ozéneux. Aussi en arrive-t-il à considérer la rhinite atrophique, en raison de sa tenacité désespérante et des modifications qu'elle apporte dans l'architecture des fosses nasales, comme un facteur de complications oto-cranio-cérébrales extrêmement nombreuses et extrêmement graves que nous aurons l'occasion d'étudier ultérieurement.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME DES COMPLICATIONS AURICULAIRES AU COURS DE L'OZÈNE

La fréquence des lésions auriculaires au cours de l'ozène a été diversement interprétée par les auteurs; et les opinions de Michel et Zaufal, par exemple, rapportées au précédent chapitre, représentent les opinions extrêmes. Mais avant de prendre parti dans la discussion, en apportant une statistique personnelle, il nous est possible à priori, de faire valoir toute une série d'arguments qui éclairent facilement la pathogénie des accidents que nous étudions. Il suffit pour cela de songer aux profondes modifications qu'apporte l'ozène dans l'architecture des fosses nasales, dans l'état de la pituitaire et par suite dans le rôle de défense que joue cette muqueuse vis-à-vis de l'organisme en général et vis-à-vis de l'oreille moyenne en particulier.

Causes mécaniques

Les cavités nasales, par la complexité de leur structure, par les reliefs et les anfractuosités qui sculptent leur paroi externe, constituent un défilé tortueux et

accidenté, destiné à ralentir la vitesse du courant d'air inspiratoire et à le dépouiller des impuretés organiques et inorganiques, animées et inanimées dont il est chargé. C'est, d'après François Franck, une sentinelle respiratoire. Les expériences de STRAUSS ont fait connaître un exemple de l'arrêt des poussières virulentes dans le nez ; elles ont montré que chez des sujets sains, vivant dans des milieux habités par des tuberculeux, le mucus nasal renferme le bacille de Koch qu'on ne retrouve plus dans le pharynx nasal.

Ce rôle protecteur ne se limite pas exclusivement à l'appareil pulmonaire ; il s'étend aussi, on le conçoit facilement, à tous les organes qui s'ouvrent sur le carrefour pharyngien, et en particulier à l'appareil auditif. La voie ordinaire de l'air inspiré, est la partie inférieure des fosses nasales, c'est-à-dire toute la partie comprise au-dessous du cornet moyen. C'est dans ce couloir rétréci par le cornet inférieur normalement turgescent, que l'air se dépouille de ses poussières grâce aux petits poils qui tapissent l'entrée des narines et grâce aux cils vibratiles qui recouvrent la muqueuse saine et qui par leurs mouvements ramènent vers l'extérieur les particules déposées à leur surface. C'est à ce niveau qu'il modifie son état hygrométrique et surtout sa température, ainsi que l'a démontré MACDONALD puisque l'air inspiré à $+ 12^{\circ}$, s'élève à 35° , et celui inspiré à $+ 42^{\circ}$, s'abaisse à 33° .

Dans l'ozène, que reste-t-il de ces moyens de défense ? L'atrophie est parfois tellement accusée que le cornet inférieur a disparu en totalité, laissant voir la paroi postérieure du rhino-pharynx et sa paroi latérale, avec

tous ses détails anatomiques et spécialement l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache. A l'épithélium cylindrique à cils vibratiles, se substitue un épithélium stratifié, qui ne peut plus jouer le rôle protecteur signalé plus haut. Ces conséquences d'ordre purement mécanique, liées à la disposition du cornet inférieur, n'ont pas échappé aux auteurs qui se sont occupés de ce sujet, et ZAUFGAL, le premier constate que l'air purifié et chauffé au contact des cornets, « devient inoffensif pour l'espace nasopharyngien, l'orifice des trompes, le larynx et les poumons. Existe-t-il une largeur excessive, l'épaisseur de la colonne d'air augmente, l'air est moins bien chauffé, et le courant d'air dépose des impuretés sur les parois postéro-latérales de l'espace nasopharyngien et particulièrement au niveau de l'orifice tubaire. Il en résulte des inflammations aiguës ou chroniques qui peuvent se propager vers la caisse du tympan. »

Diminution du pouvoir bactéricide du mucus nasal

Mais les fosses nasales n'ont pas exclusivement un rôle mécanique dans la protection de l'organisme, elles jouissent encore, grâce aux glandes et aux organes lymphoïdes qui entrent dans la constitution de la muqueuse pituitaire, des propriétés biologiques de premier ordre.

En effet, le mucus nasal n'agit pas seulement en englobant les microbes et en diluant leurs toxines, il possède en outre des propriétés bactéricides. Normale-

ment, il constitue pour les microbes un mauvais milieu de culture, ainsi que LÆWENBERG l'a démontré dans un de ses rapports sur l'ozène (*Ann des de l'Institut Pasteur*, 1894). WURTZ et LERMOYEZ poussant plus loin les recherches précédentes, ont prouvé que les sécrétions nasales possèdent réellement des propriétés bactéricides expliquant l'absence de complications après les interventions endo-nasales. Expérimentalement même, ils ont démontré que le mucusensemencé avec la bactéridie charbonneuse restait stérile. PIAGET dans sa thèse reprend et développe les idées antérieurement soutenues par Lermoyez. Jamais il n'a rencontré de microbes dans les parties profondes des fosses nasales ou du moins, ses cultures sont toujours demeurées stériles.

Aussi conclut-il à un état d'asepsie habituelle des fosses nasales proprement dites, corroborant ainsi par ses recherches expérimentales l'opinion de SAINT-CLAIR, THOMPSON et HEWLET qui n'ont trouvé des micro-organismes que dans le vestibule et au niveau de la tête des cornets moyen et inférieur. D'après lui, ce pouvoir bactéricide ressortit exclusivement au mucus, c'est-à-dire à une sécrétion mixte, provenant des cellules caliciformes et des glandes de la pituitaire, il s'exerce de façon absolue vis-à-vis de la bactéridie charbonneuse, énergiquement vis-à-vis du bacille de Lœffler, moins vivement à l'égard du staphylocoque, du streptocoque et du bacille pyocyanique.

VIOLLET reprend le même sujet dans sa thèse, et fait une critique détaillée des expériences et des conclusions de PIAGET. S'il conteste quelques-uns de ses résultats, en particulier le pouvoir bactéricide du mucus vis-

à-vis du bacille diphtérique, il reconnaît comme lui, que le bacillus anthracis est facilement tué par le mucus. Mais il donne de ces phénomènes, une interprétation nouvelle. Alors que PIAGET, WURTZ et LERMOYEZ, confèrent à la sécrétion nasale une propriété antitoxique, VIOLLET, sous l'inspiration de CHATELLIER ne voit là qu'un cas particulier de phagocytose. Les leucocytes existent en grand nombre dans le mucus normal, et sont capables d'englober les poussières (grains de carmin), ainsi qu'on peut le constater expérimentalement. Ils renferment fréquemment des bactéries en plus ou moins grand nombre. D'après cet auteur, « ces propriétés permettent seules de comprendre la disparition des germes infectueux et des poussières apportées à chaque instant par l'air inspiré, poussières et germes que, ni le mucus, ni les cils vibratiles, ne suffisent à détruire ou à chasser mécaniquement. »

Or, dans l'ozène, la sécrétion de la muqueuse pituitaire est particulièrement modifiée et les moyens de défense dont disposent les fosses nasales sont notamment amoindris. Le mucus sécrété dans ces conditions anormales, est dépossédé d'une partie de ses propriétés les plus actives ; car les glandes qui l'élaborent présentent, ainsi qu'HABERMANN l'a montré, de la dégénérescence graisseuse de leur épithélium sécréteur, en même temps que le tissu conjonctif fibreux prolifère abondamment étranglant les acini glandulaires et se substituant au tissu lymphoïde qui entre normalement dans la constitution des cornets inférieurs.

Ces lésions profondes des tissus glandulaire et lymphoïde retentissent fâcheusement sur le pouvoir bacté-

ricide des sécrétions. Le mucus d'acide qu'il était normalement, présente le plus souvent dans l'ozène une réaction alcaline ainsi que LÆWENBERG l'a montré et se prête plus facilement à la prolifération des micro-organismes. VIOLLET a constaté que la muqueuse malade sécrète une humeur, qui ne jouit plus de propriétés microbiocides aussi actives qu'à l'état normal puisqu'elle ne tue plus la bactériodie charbonneuse. D'ailleurs la phagocytose que cet auteur considère comme le criterium du pouvoir bactéricide des humeurs ne s'opère plus ici avec la même activité. Il eut l'occasion d'examiner les sécrétions nasales de deux ozéneuses. La première, sujette à des poussées lymphangitiques et érysipélateuses de la face, à point de départ nasal venait d'avoir une de ces poussées quand il l'examina ; l'autre avait un ozène compliqué d'une otite aiguë ayant nécessité 4 jours auparavant un paracentèse. Or de l'examen du mucus nasal, il conclut que dans la rhinite atrophique même accompagné de poussées aiguës, comme dans ces deux cas, la phagocytose est trois ou quatre fois moins active que dans le mucus sécrété par une muqueuse hypertrophiée.

Les fosses nasales des ozéneux ne constituent donc plus comme les fosses nasales d'un individu normal, cette barrière de protection qui arrête les microbes et défend l'organisme contre leur envahissement. Les streptocoques ou staphylocoques pourront franchir impunément les cavités nasales où ils trouveront d'ailleurs un terrain de culture favorable et faire irruption dans l'oreille moyenne pour y déterminer les lésions que nous analyserons plus loin.

Extension de l'ozène au rhino-pharynx

Les lésions habituelles de l'ozène (croûtes fétides, muco-pus, atrophie de la muqueuse et de son tissu lymphoïde) ne se limitent pas exclusivement aux cornets inférieurs, elles se propagent tout naturellement au rhino-pharynx où elles se présentent avec les mêmes caractères. La muqueuse du cavum et du pharynx buccal perd sa teinte rosée pour prendre une coloration blafarde ; elle se recouvre de muco-pus qui, en se desséchant, forme un vernis écailleux à sa surface, ou de croûtes verdâtres qui tapissent la voûte du rhino-pharynx. Ces productions fétides et septiques se localisent souvent à l'orifice de la trompe d'Eustache, et, chez ces malades, il est fréquent d'observer, par la rhinoscopie postérieure, à la surface du pavillon tubaire, des croûtes et des mucosités, qui, par leur seule action mécanique et leur présence à ce niveau, sont susceptibles d'apporter des perturbations à l'aération normale de l'oreille moyenne, et qui constituent en outre, une menace d'infection permanente pour cette cavité. La fréquence des lésions pharyngées chez les sujets porteurs d'otites d'origine ozéneuse justifie pleinement cette interprétation et le rôle pathogénique que nous leur accordons. Wyss fait d'ailleurs les mêmes observations et en tire des conclusions analogues. Il constate que les altérations de l'infundibulum tubaire s'accompagnent habituellement d'un enfoncement de la membrane tympanique qui se fait à la longue sans donner lieu dès le début, à des signes subjectifs capables d'at-

tirer l'attention. Le renouvellement de l'air dans la caisse est défectueux et peu à peu, le tympan subit un enfoncement progressif qui finit par l'accoler au promontoire.

Ce rôle exclusivement mécanique des lésions du pharynx et des bourrelets tubaires n'avait d'ailleurs pas échappé à Zaufal. Il incriminait à la fois l'accumulation des croûtes à l'entrée de l'infundibulum et une raréfaction atrophique de la muqueuse spécialement localisée au niveau des bourrelets tubaires. « Les mouvements de l'orifice, dit-il, sont ou normaux, ou se font avec moins d'énergie, ce que l'on peut reconnaître à la lenteur avec laquelle s'exécutent les mouvements en arrière, ainsi qu'à l'effacement du bourrelet formé par le muscle releveur du voile du palais. Cela est probablement dû à une atrophie (dégénérescence graisseuse) de la musculature palato-tubaire. Assez souvent on observe aussi un gonflement uniforme de la muqueuse de l'orifice, ou, bien au contraire une raréfaction atrophique ».

Cette insuffisance fonctionnelle du voile du palais peut d'ailleurs se traduire par des signes fonctionnels facilement appréciables, en particulier du nasonnement, dû à ce qu'il ne peut plus produire l'occlusion parfaite entre le pharynx nasal et buccal.

Extension du processus ozéneux au rhino-pharynx et insuffisance fonctionnelle partielle de la musculature vélo-palatine ; voilà deux facteurs importants dans l'étiologie des complications auriculaires au cours de la rhinite atrophique.

A côté de ces éléments étiologiques de premier ordre

que nous venons de passer en revue (lésions du nez et de l'arrière-nez), il faut faire intervenir, dans la genèse de complications auriculaires, différents facteurs d'importance secondaire, mais qu'il est classique de mentionner.

4° **L'âge** des sujets passe habituellement au second plan. Les affections aiguës s'observeraient surtout chez des sujets d'âge peu avancé, en général entre 10 et 30 ans. A partir de 30 ans, les affections auriculaires prennent une marche progressive et nous rencontrons les otites moyennes catarrhales sans trouble subjectif bien accentué, puis l'otite moyenne séleuse accompagnée de bourdonnements, de diminution de l'acuité auditive et parfois de troubles de l'équilibre.

5° **Fréquence.** Dans quelles proportions les ozéneux sont-ils atteints de complications auriculaires? C'est une question à laquelle les auteurs donnent des réponses discordantes. Voici le résultat des statistiques.

JURATZ et MICHEL, ne comptant que les affections accompnées de catarrhe tubaire et d'otite moyenne avec ou sans perforation donnent une moyenne de 8°/.

LÆWENBERG dit n'avoir constaté les affections auriculaires que dans 1/20 des cas d'ozène.

WYSS a observé 60 cas d'ozène et donne les chiffres suivants :

Ozène sans symptômes, ni lésions auriculaires appréciables, 13 cas.

Ozène avec lésions auriculaires sans surdité, 32 cas.

Ozène avec lésions auriculaires et surdité, 15 cas.

Ce qui donne une proportion de 78,3 %.

20 fois l'affection était unilatérale, 18 fois elle était bilatérale.

ZAUFAL a trouvé des lésions auriculaires chez 80 % des ozéneux qu'il examina.

Frappé de la discordance des chiffres donnés par Juratz et Michel d'une part, par Zaufal d'autre part, MORF reprend cette étude à propos de 80 cas d'ozène et donne une proportion de 6 %.

COMPAIRED arrive à une proportion de 38 %. Mais il faut reconnaître qu'il envisage seulement les otites suppurées et qu'il ne fait pas mention des otites scléreuses.

Personnellement, sur 51 observations que nous rapportons dans cette thèse, nous avons trouvé seulement 8 cas négatifs, ce qui donne une proportion de 84,3 % de lésions auriculaires chez les ozéneux que nous avons observés.

Nos 43 cas positifs se répartissent de la façon suivante :

Otites scléreuses et cicatricielles...	26 cas.
Otites suppurées	8 cas.
Otites ozéneuses	9 cas.

Il est banal de rappeler la fréquence de cette affection *chez la femme*. Wyss estime que les femmes, plus coquettes et plus soucieuses que les hommes de leur santé, ressentent davantage les inconvénients qui résultent pour leur entourage de l'exhalaison permanente d'une odeur fétide, c'est ce qui les engage à voir le médecin et à se soigner. Il n'est peut-être pas nécessaire d'invoquer ces considérations d'ordre social, et si les

complications auriculaires sont plus fréquentes chez les femmes, c'est qu'elles sont beaucoup plus exposées que l'homme à la rhinite atrophique et par suite à toutes ses conséquences.

Les lésions intéressent d'une manière inégale l'oreille droite et l'oreille gauche, mais elles prédominent habituellement du côté de la narine la plus profondément atteinte. Wyss, Peck soulignent cette particularité dans leurs thèses et même il existe des cas de rhinites atrophiques limitées à une fosse nasale entraînant des lésions de l'oreille correspondante. D'une façon générale, les lésions de la caisse se présentent avec leur intensité maxima du côté le plus atteint.

6° Date d'apparition. Quelle est, au cours de l'évolution d'une rhinite atrophique, le moment où le malade court des risques de complications auriculaires ? Apparemment, tant qu'il existe des lésions nasales, mais plus spécialement quand elles sont très accusées et ont détruit les cornets, envahi le rhino-pharynx et intéressé le bourrelet tubaire. Toutefois, à n'importe quel stade d'un ozène, une infection surajoutée, si insignifiante soit-elle (coryza banal, grippe), pourra faire éclater une suppuration de la caisse.

Wyss oppose deux catégories de lésions : les cas d'ozène avec lésions auriculaires (épaississement, enfoncement du tympan) sans surdité et les cas d'ozène avec lésions auriculaires et surdité. Les premières seraient, dit-il, caractéristiques de la période hypertrophique de l'ozène, les autres se développeraient au contraire pendant la période atrophique. Cette manière de voir suppose forcément l'existence indispensable, au

cours de l'ozène, d'un stade préliminaire de rhinite hypertrophique pendant lequel une réaction catarrhale accompagnerait la turgescence des cornets. GOTTSTEIN, SCHÖFFER, MOURE, admettent bien l'existence de cette période de coryza hypertrophique, suivi au bout d'un temps variable d'une atrophie progressive. Mais il ne faut pas oublier que l'ozène peut débiter d'emblée par de l'atrophie, et que beaucoup d'auteurs contestent fortement l'existence d'une phase de rhinite hypertrophique à une époque quelconque de son évolution. Aussi, estimons-nous, que ce serait pousser les divisions à l'excès, que de décrire successivement les complications auriculaires de la phase hypertrophique et atrophique, et surtout, de présenter telle complication comme spéciale, à telle période de l'ozène.

Il est à noter, enfin, que ces complications s'observent spécialement chez les ozéneux non traités, peu soucieux de leur infirmité et qui l'abandonnent négligemment à son évolution naturelle. On voit fréquemment l'écoulement disparaître quand le sujet après une visite médicale, s'astreint avec persévérance à des soins antiseptiques minutieux des fosses nasales. Dès qu'il néglige ces prescriptions l'écoulement d'oreille reparait, traduisant la recrudescence des lésions nasales. Beaucoup d'observations de Compairod sont tout à fait démonstratives sur ce point.

CHAPITRE III

OTITES NON SUPPURÉES

Dans ce troisième chapitre nous aurons en vue les otites non suppurées, c'est-à-dire :

Otites catarrhales ;

Otites cicatricielles et sclérosantes.

1° Otites catarrhales.

L'existence de lésions du naso-pharynx, la présence de croûtes au niveau de l'orifice tubaire apportent fatalement des troubles dans l'aération de l'oreille moyenne. Il en résulte du catarrhe tubo-tympanique, comparable en quelque sorte à l'épiphora, ou à la dacryocystite que provoque chez les mêmes malades la participation du canal lacrymal à l'infection ozéneuse. Cette phase de catarrhe s'observe fréquemment, et parfois on peut se trouver en présence d'otite catarrhale exsudative avec ses symptômes habituels, subjectivement, bourdonnements, bruits d'eau, sensation de déplacement du liquide dans l'oreille et objectivement, saillie proéminente de la petite apophyse du

marteau, apparition de râles bulleux pendant le cathétérisme de la trompe.

L'observation suivante de M. Lannois est tout à fait démonstrative à ce sujet.

OBSERVATION I

M. G..., 36 ans.

Malade soigné depuis 1896 par intermittences. Il a toujours eu de l'ozène qu'il néglige.

Se présente la première fois avec des tympan cicatriciels des deux côtés. Il ne passe guère d'années sans avoir de poussée inflammatoire du côté de l'une ou de l'autre de ses oreilles. Se traduisant soit par de l'otite catarrhale avec épanchement, pour laquelle il a été fait à plusieurs reprises des paracentèses, soit par des otites aiguës avec douleur et écoulement plus ou moins passager.

Les deux tympan sont cicatriciels avec infiltration calcaire des deux segments antérieurs de l'oreille gauche.

Dans la thèse de Wyss nous trouvons également trois observations identiques dont la plus typique est la suivante :

OBSERVATION II

(N° 15 in thèse de Wyss. — Classée parmi les cas d'ozène présentant des lésions auriculaires avec surdité.)

Perrazzi François, 70 ans, tailleur.

Antécédents : Parents morts. De 8 enfants, 5 sont morts, dont 1 poitrinaire, à 45 ans. Petite vérole à 10 ans. Affection nasale depuis son jeune âge. Voix souvent enrouée. A perdu les dents après de fortes névralgies dentaires à 18 ans. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Etat actuel : Ozène double, atrophie très prononcée. Espace naso pharyngien rempli de croûtes fétides s'enlevant difficilement par les injections. Narine gauche plus large ; pas de ganglions cervicaux.

Etat des oreilles. — Le malade dit n'avoir jamais eu de bruit dans les oreilles jusqu'il y a six semaines. Depuis ce moment, il entend des bruits continus dans l'oreille droite, tandis que dans l'oreille gauche les bruits n'ont commencé que depuis quelques jours. En même temps que des sonneries, le malade éprouve une douleur vague dans les deux oreilles. Tuméfaction et rougeur des trompes d'Eustache. L'air (par le cathétérisme) n'entre que par saccades. Diapason-vertex mieux perçu à droite. Acoumètre à gauche 0^m,04, à droite 0^m,03. Rinné négatif à droite, positif à gauche. Durée (Vertex) 60" (prolongée). La voix murmurée est beaucoup plus faiblement entendue à droite.

Le 10 juin. — Les bruits varient d'intensité d'un jour à l'autre. Ils disparaissent presque toujours après le politzer et la compression du tragus pour revenir un quart d'heure ou une demi-heure plus tard. L'acuité auditive a baissé.

Le 14 juin. — Epanchement manifeste à droite. Paracentèse. Il s'écoule un liquide séro-muqueux abondant.

Le 2 juillet. — Ecoulement arrêté après des pansements journaliers. L'acuité redevient à peu près normale, mais les bruits persistent.

2° Otites scléreuses et cicatricielles

L'otite moyenne catarrhale exsudative précédemment notée se rencontre, au cours de l'ozène, bien plus rarement que les otites suppurées auxquelles nous réservons le chapitre suivant, et que les otites sclérosantes ou cicatricielles que nous allons décrire dès maintenant. Nous en rapportons une série d'observations mises à notre disposition par M. le professeur Lannois.

Nous les avons classées en deux catégories : 1° celles qui révèlent de la sclérose ou tout autre lésion tympanique; 2° les observations négatives concernant des

malades ozéneux qui n'ont présenté aucun trouble auditif, ni objectif, ni subjectif. Pour 28 observations positives, nous en avons 8 qui sont négatives. En outre, il est des cas où les lésions tympaniques ne s'accusent par aucun symptôme et sont totalement ignorées des malades. Ainsi, dans les observations XXII et XXIII les troubles auditifs sont nuls, l'acuité auditive demeure normale, cependant, l'examen otoscopique révèle de l'épaississement tympanique.

Un fait nous a frappé : c'est que la plupart des observations négatives concernent des sujets jeunes ou ozéneux depuis peu. Sur 8 cas, il s'agit deux fois de malades de 44 et 54 ans, alors que les autres malades ont tous moins de 25 ans. Il en est de même des observations XXII et XXIII où les lésions d'épaississement tympanique se révèlent à l'examen otoscopique avant même que les malades se plaignent d'abaissement de l'audition, dans ces deux cas encore il s'agit de sujets jeunes. C'est pourquoi il est très vraisemblable d'admettre que les lésions auriculaires sont d'autant plus fréquentes que les lésions nasales sont plus anciennes et que les sujets jeunes dont l'observation est négative, auront dix ou quinze ans plus tard des lésions manifestes de sclérose tympanique, ce qui revient à dire que la plupart des ozéneux sont prédestinés aux lésions auriculaires et spécialement à la sclérose tympanique.

Wyss arrive à peu près aux mêmes proportions. Sur un chiffre de 60 ozéneux, il en rencontre 13 sans complication auriculaire et sans surdité, ce qui fait d'après lui 21,5 % de cas négatifs, alors que dans notre statistique, les cas négatifs sont de 30,8 %. Cet écart entre

nos deux statistiques s'explique par ce fait, que Wyss envisage les complications globales de l'ozène sur l'oreille, alors que nous n'envisageons que les complications non suppurées, réservant les autres pour le chapitre suivant.

Schestakow, dans sa thèse faite sous l'inspiration de Wyss, parle accessoirement des complications auriculaires de l'ozène qui, d'après lui, s'observeraient dans une proportion de 50 %.

Si, d'après notre statistique, 69,2 % des ozéneux ont des lésions sclérosantes et cicatricielles des tympons, avec abaissement de l'audition, il faut reconnaître que toutes ces lésions ne sont pas sous la dépendance exclusive de la rhinite atrophique. Beaucoup de cas représentent des reliquats d'anciennes suppurations, déterminées soit par une maladie infectieuse de l'enfance, soit par de banales végétations adénoïdes. Il est évidemment très difficile de faire la part de ce qui revient à l'ozène, ou à l'élément infectieux. Parfois même il arrive que les deux processus puissent être invoqués chez le même individu, comme dans notre observation XX, où le sujet porteur de végétations adénoïdes présentait en même temps de la rhinite atrophique avec croûtes. Et il est bien possible que parmi les observations d'otites cicatricielles que nous rapportons plus loin, il en soit un certain nombre qui relèvent plutôt d'un processus infectieux ordinaire, habituel que de l'ozène. Par contre, les cas d'otite scléreuse qui se traduisent par de l'épaississement de la membrane, ou des brides fibreuses relèvent certainement du processus ozéneux que nous invoquons.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Classe I, otites scléreuses et cicatricielles.

OBSERVATION III

M^{lle} O. A..., 19 ans.

Mouche des croûtes et des mucosités épaisses depuis l'âge de 13 ans. Recrudescence de la fétidité à l'occasion des époques menstruelles.

Sa sœur a un ozène ancien.

Nez : cornets inférieurs un peu atrophiés des deux côtés ; croûtes et mucosités dans les deux fosses nasales.

Comme la malade se soigne avec beaucoup d'attention (lavages des fosses nasales, pulvérisations huileuses), ses lésions dégagent peu d'odeur.

Pharynx : sec, vernissé.

Larynx normal.

Oreilles : entend la montre à 55 cent. à gauche, à 50 à droite.

La malade, d'après sa mère, n'aurait jamais eu d'écoulement d'oreille. Mais on remarque que le tympan gauche, fortement épaissi, présente une plaque calcaire en arrière de l'umbo. Il s'agit à n'en pas douter, d'une oreille qui a coulé autrefois.

A droite, épaississement tympanique avec pli postérieur.

OBSERVATION IV

M^{lle} S. L..., 25 ans, vendeuse.

Mouche des croûtes et a l'haleine fétide depuis l'âge de 12 ou

13 ans. Depuis deux ou trois ans, elle soigne ses lésions nasales par des lavages et des pulvérisations huileuses.

Nez : rhinite atrophique avec quelques mucosités.

Les lésions auriculaires prédominent à droite où le tympan est enfoncé, et présente, en arrière du manche du marteau, deux brides fibreuses en éventail. A la partie antéro-inférieure de la membrane, on remarque un point aminci, vestige probable d'une ancienne perforation.

OBSERVATION V

M^{me} D..., 36 ans, ménagère.

Mouche des croûtes depuis l'enfance, la fétidité de l'haleine remonterait seulement à quelques années.

Cet hiver elle a eu une otite gauche, dont on voit la trace probablement dans le cadran antéro-supérieur du tympan.

A droite, épaississement en arrière et en avant du manche. Bride fibreuse dans le cadran antéro-supérieur.

Nez : atrophie complète des cornets, croûtes abondantes.

OBSERVATION VI

M^{lle} G. A..., 16 ans.

Ozène depuis l'enfance. Mouche du pus et des croûtes fétides. Hypertrophie des amygdales, adénopathie tuberculeuse sous-maxillaire et cervicale. Bonne audition. Pas d'otorrhée ancienne.

Oreille droite : examen négatif.

Oreille gauche : reflet en arrière du manche du marteau, qui répond probablement à une ancienne perforation.

OBSERVATION VII

M^{lle} B. G..., 25 ans.

Présente de l'ozène avec croûtes et atrophie des cornets. Les lésions nasales s'étendent au méat moyen du côté droit et au sinus maxillaire correspondant.

Pharynx sec et vernissé.

Croûtes sur la commissure postérieure du larynx.

L'oreille droite présente une perforation ancienne dans le quadrant antéro-inférieur et une zone d'épaississement accentuée en arrière du manche. A gauche : épaississement de la membrane tympanique dans le quadrant postéro-supérieur.

OBSERVATION VIII

M. B. P..., 20 ans.

Ancienne rhinite atrophique avec croûtes fétides.

Le malade prétend n'avoir jamais eu d'écoulement d'oreille. Cependant, on remarque à droite les traces d'une cicatrice déprimée en arrière du manche. Le tympan, uniformément épaissi, présente un reflet en avant du manche. A gauche, on remarque, outre l'épaississement général de la membrane, une bride fibreuse.

OBSERVATION IX

M^{lle} H. H..., 24 ans.

La malade a de l'ozène depuis 8 à 10 ans.

Nez : atrophie des cornets, croûtes moulées sur les fosses nasales. Gros éperon de la cloison à gauche venant en contact du cornet inférieur.

A droite, sur le cornet moyen et dans le méat moyen, on remarque des croûtes ozéneuses, qui témoignent de l'envahissement probable du sinus maxillaire.

Oreille gauche : tympan uniformément épaissi.

Oreille droite : la membrane tympanique présente, en arrière du manche, de l'épaississement et une bride fibreuse. En avant de l'umbo, on remarque une place calcaire.

OBSERVATION X

M^{me} G..., 52 ans.

N'a plus que de la rhinite atrophique avec des mucosités. Mais elle a eu pendant longtemps des croûtes ozéneuses vraies.

Tympan très épaissi et fibreux des deux côtés, avec sensation de gêne, de compression surtout à gauche, de bourdonnements que la malade compare à la corne de la pompe à incendie.

OBSERVATION XI

M^{me} C..., 56 ans.

Rhinite atrophique nette.

Se plaint d'abaissement de l'audition à gauche, avec bourdonnements et vertiges depuis trois mois.

Entend bien à droite ; à gauche elle n'entend qu'à 20 cent., et le tympan est épaissi et cicatriciel à sa partie postérieure.

OBSERVATION XI bis

M^{me} M..., 28 ans. 1909.

Soignée pour ozène depuis l'âge de 15 ans. Devient sourde, a des bourdonnements forts et un peu de vertige depuis 3 ans.

Rhinite atrophique typique. Les deux tympans sont épaissis en arrière, et on aperçoit l'enclume qui paraît immobilisée par une bride fibreuse.

Audition : 8 à 10 cent.

En 1910, le nez va bien, pharyngite sèche.

Mars 1912. N'entend pas mieux. Le nez va bien. Pas de croûtes.

OBSERVATION XII

M^{lle} L..., 20 ans.

Rhinite atrophique nette.

Depuis deux ans devient sourde, a des bourdonnements à droite, de la résonnance désagréable de la parole dans l'oreille gauche. Entend la montre à 15 et 16 cent.

Les tympans sont d'aspect normal avec un peu d'enfoncement et à gauche, un triangle lumineux divisé en deux parties. Amélioration de la rhinite sous l'influence du traitement sans modification de l'audition.

OBSERVATION XIII

M^{me} T..., 35 ans.

A été soignée depuis sa jeunesse jusqu'à l'âge de 20 ans, par des irrigations pour de la rhinite ozéneuse avec croûtes, et a été sujette aux amygdalites suppurées.

Bien qu'elle prétende n'avoir rien du côté du nez, elle a une grosse rhinite atrophique avec beaucoup de mucosités et de croûtes. S'aperçut de surdité il y a de 4 à 5 ans, puis elle eut des vertiges qu'on attribua à la diathèse urique, il y a 3 ans, et enfin depuis 2 ans, des bourdonnements et des bruits de coquillage dans les deux oreilles.

Le tympan droit est généralement épaissi; le gauche est d'aspect aminci, enfoncé.

Surdité très marquée; n'entend la montre qu'au contact du pavillon.

Elle a une tante sourde.

OBSERVATION XIV

M^{me} T..., 59 ans, tante de la précédente.

Rhinite atrophique nette avec maux de gorge et rhino-pharyngite sèche.

Se plaint de surdité dont elle ne peut préciser le début, de bourdonnements datant de 5 à 6 ans, et de vertiges remontant à 10 ans, dont l'un a été assez intense pour faire croire à une attaque, et a pour ainsi dire marqué le début des accidents

Les tympans sont très épaissis dans les segments postérieur et inférieur.

OBSERVATION XV

M^{me} F..., 38 ans.

A toujours eu des coryzas très accusés depuis l'enfance. Rhinite atrophique très marquée sur les cornets inférieurs, mais sans croûtes actuellement. Commence à devenir sourde depuis

4 ou 5 ans avec bourdonnements qui la fatiguent, et légers étourdissements si elle se baisse.

Les deux tympans sont un peu épaissis, le gauche plus opaque, mais présentent surtout de nombreuses petites brides fibreuses qui leur donnent un aspect cicatriciel.

Audition moyenne à droite ; n'entend la montre à gauche qu'au contact osseux. Légère amélioration sous l'influence du traitement.

OBSERVATION XVI

Sœur Ste-R..., 38 ans.

Vue à plusieurs reprises depuis 1908 avec une rhinite atrophique très marquée, surtout à droite. Elle a des croûtes, une sécrétion abondante, de la pharyngite sèche ; se plaint de surdité et de bourdonnements irréguliers du côté gauche.

Des deux côtés, épaississement très marqué de la membrane tympanique, surtout à la partie postérieure, à gauche, il y a en outre une plaque blanche d'infiltration fibreuse le long du cadre.

Pas de triangle lumineux.

Elle se plaint surtout de maux de tête. Pas de modification par le traitement.

OBSERVATION XVII

M^{me} S..., 42 ans. Mars 1912.

A eu de 15 à 25 ans de la rhinite purulente avec odeur et formation de grosses croûtes. A fait très longtemps des lavages. Se plaint de n'avoir pas d'odorat et de mucosités qui lui tombent dans la gorge.

Très grosse rhinite atrophique bilatérale, surtout à gauche, où le cornet moyen reste cependant un peu gros.

Depuis 9 ans, bourdonnements survenus brusquement à droite, avec surdité. De temps à autre, la surdité s'accuse encore davantage transitoirement.

Double otite moyenne sclérosante typique.

Entend la montre à 2 centimètres de chaque côté et relativement mieux la parole que la montre.

Quatre mois après sa première visite (septembre 1912), a pris de grands accès de vertige labyrinthique (4 en un mois).

OBSERVATION XVIII

M^{lle} V..., 23 ans.

Commence à devenir sourde depuis deux ans, surtout à gauche. Mouche beaucoup et dit n'avoir pas de croûtes. A facilement de l'odeur du nez. Rhinite atrophique très accusée, les cornets inférieurs ont presque disparu. Pus abondant, mais pas de croûtes. Rhinopharynx tapissé de pus sans pharyngite atrophique.

Tympan épaissi des deux côtés, enfoncé; de plus, il y a à droite une bande fibreuse en arrière et de petites brides irrégulières. On affirme qu'elle n'a pas eu d'écoulement.

. Audition abaissée; n'entend la montre qu'à 8 et 4 centimètres.

OBSERVATION XIX

M. B..., 35 ans.

A de la surdité irrégulière depuis longtemps, avec sensation d'obstruction des deux oreilles sans bourdonnements ni vertiges. Les deux tympans sont uniformément épaissis et enfoncés. La montre est entendue à 2 ou 3 centimètres de chaque oreille. C'est un ozéneux à très grosses croûtes, et cette affection existe chez lui depuis l'âge de 15 ans au moins.

OBSERVATION XX

M. M..., 50 ans.

A été opéré par M. Lannois à l'hôpital pour une mastoïdite gauche en 1900. Il y avait à ce moment 5 à 6 mois que l'oreille coulait et sa femme lui faisait observer qu'il sentait mauvais quand la mastoïdite se déclara.

Il revient en 1910 pour son oreille droite; le tympan est

complètement opaque, fortement enfoncé. A été soigné régulièrement pour son nez (rhinite atrophique accentuée) par des injections de paraffine, et malgré cela se plaint d'avoir des croûtes qui lui tombent dans la gorge.

Il y a des croûtes sur le cornet moyen droit et presque rien à gauche où se trouve une assez forte déviation de la cloison.

OBSERVATION XX

M^{lle} X..., 12 ans.

Son père, qui avait également de l'ozène, est mort tuberculeux.

Depuis un an elle dort la bouche ouverte, et a parfois des croûtes fétides dans le nez, surtout à gauche.

A gauche, cornets petits, mais couverts de pus ; à droite, ils sont atrophiés et recouverts de petites croûtes. Elle a en outre des végétations adénoïdes et de très grosses amygdales opérées ultérieurement.

Demi-surdité. Le tympan droit est cicatriciel en haut et en arrière, avec adhérence à l'enclume. Le gauche est uniformément épaissi.

Il s'agit chez cette malade d'un cas complexe, où les lésions auriculaires peuvent aussi bien relever des végétations adénoïdes que de l'ozène.

OBSERVATION XXI

M^{lle} P... (Valentine), 22 ans.

A de l'otite ozéneuse depuis une dizaine d'années et on lui a fait des injections de paraffine dans le nez.

Il y a dix ans, elle eut une otite suppurée de l'oreille droite. De ce côté on constate que le tympan est très épaissi avec une cicatrice en avant du manche ; à gauche, le tympan est d'aspect normal. L'audition est normale de ce côté, nulle à droite.

OBSERVATION XXII

M^{lle} H..., 16 ans 1/2.

A de la rhinite atrophique avec beaucoup de croûtes, de mucosités et d'odeur, depuis trois ans.

Du côté des oreilles, on note des lésions sclérosantes, un large épaississement postérieur des deux côtés ; à gauche il y a également de l'épaississement de la région antérieure ; le triangle lumineux a disparu et le manche du marteau est fortement rétracté en arrière. Pas de trouble fonctionnel.

En somme cette malade présente des lésions tympaniques sans surdité. Elle doit cette persistance de l'audition à son jeune âge ; plus tard elle en aura vraisemblablement.

OBSERVATION XXIII

M^{lle} B..., 12 ans.

Depuis deux ans, la malade a des croûtes dans le nez avec odeur extrêmement fétide. Elle dit expulser parfois des croûtes aussi longues que le doigt, vertes et noires. A l'examen : rhinite atrophique avec croûtes et muco-pus.

Les tympan sont nettement épaissis, enfoncés ; le triangle lumineux a disparu ; malgré ces lésions, elle entend bien.

Cette observation, tout à fait comparable à la précédente comme âge et comme lésions auriculaires, appelle les mêmes réflexions.

OBSERVATION XXIV

M^{lle} D..., 19 ans 1/2.

Soignée depuis cinq ans pour une rhinite atrophique avec ozène. Il y a dix-huit mois, on lui a fait à la consultation des injections de paraffine qui n'ont pas tenu.

Le tympan droit présente une grosse bride fibreuse postérieure. Le tympan gauche est épaissi en arrière et manifestement enfoncé. Pas de troubles auditifs.

OBSERVATION XXV

M. F..., 40 ans.

A toujours mouché depuis l'enfance et a souvent encore de grosses croûtes difficiles à détacher.

Rhinite atrophique très accusée portant sur les deux cornets, surtout à gauche, où l'on voit aussi du pus épais à la rhinoscopie postérieure.

A eu un abcès passager de l'oreille droite en 1895 qui lui a laissé un peu de surdité de ce côté.

Bourdonnements depuis six ans dans les deux oreilles.

Surdité très accusée et progressive depuis deux ans.

Les tympons sont épaissis, uniformément gris et sans triangle lumineux, très enfoncés et non mobiles.

N'entend la montre ni d'un côté, ni de l'autre.

OBSERVATION XXVI

M^{lle} J..., 24 ans.

A été vue pour la première fois il y a deux ans pour une rhinite atrophique typique avec croûtes et fétidité.

Anosmie datant de trois ans. Elle a eu des surdités intermittentes liées vraisemblablement à la présence de bouchons. Mais de plus, l'oreille gauche présente un épaississement généralisé sans triangle avec des points amincis en avant de l'umbo et dans le cadran antéro-supérieur. Rien à droite, où l'audition est bonne, tandis qu'à gauche elle n'entend la montre qu'à 25 centimètres.

OBSERVATION XXVII

M^{lle} D..., 40 ans.

Bourdonnements depuis cinq à six mois dans l'oreille droite, d'abord intermittents, puis continus. Les deux tympons sont uniformément épaissis sans triangle, avec enfoncement très marqué, de sorte que le manche est presque horizontal. L'audition, très légèrement abaissée, est facilement remise au chiffre normal par le cathétérisme.

Depuis l'adolescence, a toujours eu des croûtes et des mucosités dans le nez, et s'est presque toujours fait des lavages.

A l'examen : rhinite atrophique surtout à droite ; rhinopharyngite sèche.

OBSERVATION XXVIII

M^{me} C..., 26 ans.

A été vue à diverses reprises depuis une dizaine d'années pour une rhinite atrophique avec ozène, mais elle ne semble avoir maintenant d'odeur que d'une façon intermittente.

Atrophie nette avec un peu d'enduit crémeux sans croûtes. Depuis quatre mois, elle a des bourdonnements d'oreilles à gauche et s'aperçoit qu'elle devient sourde; elle a eu également, il y a quelques semaines, une sorte de crise de déséquilibre sans grands accès de vertige.

L'audition est nettement abaissée, car elle n'entend la montre qu'à 20 centimètres et, de temps à autre, se plaint d'avoir des craquements dans l'oreille droite qui, cependant, entend bien.

Les tympans sont d'aspect normal, amincis, avec un peu d'épaississement de l'umbo du côté gauche.

Elle n'entend la montre qu'à 15 ou 20 centimètres, et la surdité est progressive de ce côté.

Il faut noter que la mère est sourde depuis 20 ans de l'oreille gauche et qu'actuellement elle présente une diminution nette de l'audition de l'autre côté.

Classe II. — Observations négatives.

OBSERVATION XXIX

M^{lle} O. C..., 13 ans.

Mouche des croûtes et des mucosités malodorantes depuis l'âge de 13 ans. Suit un traitement (lavages et pulvérisations huileuses depuis longtemps).

Actuellement, les fosses nasales renferment quelques croûtes et mucosités peu fétides. Les deux cornets inférieurs sont complètement atrophiés.

Le pharynx est sec, le larynx normal.

Pas de lésion apparente des deux tympans. L'acuité auditive à la montre est de 50 cm. à gauche et de 45 cm. à droite.

OBSERVATION XXX

M^{lle} A..., 16 ans, couturière.

Depuis le mois de février 1911, elle mouche du muco-pus et des croûtes. Actuellement (juillet 1912), atrophie du cornet inférieur gauche. Dans la narine droite, muco-pus sur le plancher. L'examen des oreilles est absolument négatif.

OBSERVATION XXXI

M^{lle} L..., 19 ans.

Sait qu'elle a de l'ozène depuis deux ans, et un confrère lui a fait des injections de paraffine.

L'atrophie est chez elle très accusée, on voit encore un peu de gonflement du cornet inférieur gauche par la paraffine. On lui voit des croûtes et des mucosités dans le pharynx par la rhinoscopie postérieure.

L'examen des oreilles est négatif.

OBSERVATION XXXI bis

M^{me} P..., 54 ans.

A des croûtes dans le nez depuis quinze ans. En réalité, elle a eu la même affection dans sa jeunesse, mais prétend qu'elle aurait passé.

Rhinite atrophique avec croûtes. Rien aux oreilles. Tympanis d'aspect normal.

OBSERVATION XXXII

M^{lle} C..., 12 ans.

Soignée depuis trois ans à Saint-Etienne pour de l'ozène; on semble lui avoir fait des injections de paraffine.

Rhinite atrophique avec croûtes, pharyngite sèche; elle a

parfois un peu de douleur et de bourdonnement dans les oreilles, mais sauf un peu d'enfoncement et des triangles lumineux trop petits, les tympans sont normaux et elle entend bien. •

OBSERVATION XXXIII

M^{me} J..., 26 ans.

Rhinite atrophique avec croûtes plus marquées à gauche. Rien à la gorge, rien aux oreilles.

OBSERVATION XXXIII bis

M^{me} M..., 44 ans.

Présente depuis très longtemps de la rhinite atrophique avec ozène. Anosmie, pharyngite sèche, un peu de laryngite, douleur au niveau des os propres du nez et des sinus frontaux.

Examen des oreilles négatif.

OBSERVATION XXXIV

M^{lle} G..., 13 ans.

Rhinite atrophique très accusée, pharyngite atrophique, mouche beaucoup ; un peu de croûtes dans le méat moyen gauche et sur le cornet moyen correspondant. On lui a fait des injections de paraffine à Paris.

Rien aux oreilles, sauf un peu d'enfoncement.

CHAPITRE IV

OTITES SUPPURÉES CHEZ LES OZÉNEUX

Les suppurations auriculaires aiguës ou chroniques, conséquences de l'ozène, se rencontrent assez fréquemment pour mériter une description spéciale, et elles se présentent dans la plupart des cas, avec quelques caractères qui suffisent à leur assurer une individualité clinique.

Nous ne reviendrons pas sur le mécanisme de ces infections précédemment discuté et envisagé d'une façon générale dans le chapitre Etiologie ; qu'il nous suffise de rappeler que l'atrophie des cornets, l'extension des croûtes et du muco-pus, à la surface du rhinopharynx, et en particulier à l'infundibulum tubaire, constituent un danger permanent pour l'oreille moyenne.

Ces lésions naso-pharyngées représentent en somme la cause première de toute infection auriculaire chez un ozéneux, cause capable à elle seule de déterminer les accidents qu'il nous reste à étudier. Il va sans dire que les causes occasionnelles interviennent, suivant le hasard des circonstances, pour donner un coup de fouet à l'infection qui sommeille. C'est ainsi qu'on voit ces

accidents débiter à la suite d'une grippe, d'un coryza, ou d'une affection d'égale bénignité. D'autres fois, c'est un simple lavage des fosses nasales, préconisé à titre thérapeutique, qui pénètre dans la caisse et y transporte des produits ozéneux, croûtes ou muco-pus.

Le début de la suppuration s'annonce presque toujours par un catarrhe mécanique et infectieux de la trompe d'Eustache, catarrhe qui s'étend à la caisse en y propageant les microbes et même d'après Compaired, les produits ozéneux. Cet auteur prétend, en effet, avoir trouvé du muco-pus caractéristique dans des cas d'otorrhée ozéneuse ancienne ainsi que chez des sujets opérés de trépanation et d'antro-atticotomie qui négligeaient ou supprimaient les fréquents lavages des fosses nasales et les soins d'asepsie du naso-pharynx habituellement prescrits.

La symptomatologie de ces otites d'origine ozéneuse est la même que celle de toute suppuration d'oreille. Aussi, nous dispenserons-nous de rééditer la description banale de l'inflammation de la membrane tympanique, de sa perforation qui livre passage à un écoulement plus ou moins persistant ; et nous nous bornerons à souligner les quelques particularités que présente cette otorrhée.

Les suppurations d'oreille se comportent de deux façons chez les ozéneux ; ou bien il s'agit d'otite aiguë banale, qui guérit dans les délais habituels, ou bien, au contraire, on se trouve en présence d'un écoulement interminable, d'une chronicité désespérante.

L'otite aiguë ne nous arrêtera pas, les exemples en sont nombreux : un refroidissement, une grippe, une

douche nasale maladroitement appliquée en sont les causes habituelles. Son aspect clinique est celui de toutes les otites aiguës, la perforation tympanique se fait spontanément, ou nécessite parfois la paracentèse, puis l'écoulement se tarit. D'autres fois, cette otorrhée, comme beaucoup d'autres d'ailleurs, passe inaperçue surtout quand elle frappe des enfants, se prolonge un peu plus et guérit en laissant comme trace de son existence un épaissement de la membrane tympanique, une dépression cicatricielle, une plaque calcaire, lésions que nous avons signalées au chapitre précédent.

L'otite chronique chez les ozéneux exige une étude plus détaillée et mérite de retenir l'attention. L'écoulement fait suite à une poussée inflammatoire aiguë, ou plus fréquemment s'installe de façon tout à fait insidieuse. Il n'est dans ce cas précédé que de quelques troubles auditifs, bourdonnements, bruits subjectifs, auxquels s'ajoutent des symptômes douloureux à peine ébauchés. Cette indolence habituelle, jointe à l'indifférence que certains malades accordent aux écoulements d'oreille, explique l'imprécision qui entoure l'enchaînement exact des accidents et les circonstances qui ont accompagné leur apparition. La fétidité habituelle de ces écoulements échappe aux sujets qui en sont porteurs, puisque l'anosmie est souvent la conséquence inévitable de la rhinite atrophique.

Les observations témoignent dans ce sens.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Otites suppurées.

OBSERVATION XXXV

Joséphine L..., 27 ans.

Présente depuis un an une otorrhée droite. Elle vient à la consultation au mois de mars 1912. Le conduit auditif est rempli de débris épidermiques adhérents, que la pince ne peut pas enlever, que les lavages et les instillations d'huile goménolée ramollissent difficilement. Les débris rappellent l'aspect du cholestéatome.

Le 1^{er} avril, le conduit renferme toujours des débris. Le tympan est largement détruit. Vers le cadre tympanal, en haut et en arrière, on distingue une petite granulation bourgeonnante; il en existe une autre analogue un peu plus bas.

L'oreille gauche ne présente pas de lésion.

Nez. Affaissement de la voûte qui donne à la malade un profil disgracieux. Croûtes dans les deux fosses nasales surtout à gauche. Les cornets sont peu atrophiés. Un éperon de la cloison obture en partie la narine droite.

Rien au larynx ni à l'arrière-gorge.

OBSERVATION XXXVI

M. A. P..., 23 ans, suivi depuis l'âge de 15 ans.

Suppuration persistante de l'oreille droite remontant à deux ans, ayant donné à ce moment la production de gros polypes.

Rhinite atrophique avec déviation à gauche.

A été vu presque tous les ans avec des suppurations minimes, mais s'accompagnant de la production de masses épidermiques abondantes, et de temps à autre de polypes.

Grande perforation avec des dépressions profondes sur la paroi interne de la caisse.

Pharyngite sèche très marquée avec moignon amygdalien.

OBSERVATION XXXVII

M^{me} L..., 32 ans.

De 15 à 23 ans, a eu un écoulement persistant de l'oreille droite; il y a deux ans, écoulement de l'oreille gauche.

A été suivie pendant une douzaine d'années et chaque fois on remarque un mélange de cérumen et de pus à droite, des bouchons épidermiques à gauche.

Il s'agit chez cette malade d'un écoulement récidivant que rien n'arrête.

Entend la montre à 3 et 5 cm. Les tympans sont détruits presque totalement. Le manche est isolé, et le fond de la caisse couvert de croûtelles.

OBSERVATION XXXVIII

M^{lle} N..., 15 ans.

Il y a trois ans, otite aiguë à gauche qui s'est renouvelée il y a deux ans et il y a trois mois. Ce dernier écoulement persiste, et on constate l'existence d'une petite perforation en bas et en arrière. La malade est sourde de l'oreille droite depuis longtemps. Il existe une large destruction du tympon dont il ne persiste que les deux tiers supérieurs du segment antérieur. En haut et en arrière, on voit l'étrier à nu. La perforation est bien sèche.

La malade a de la rhinite atrophique très accusée surtout à droite, et mouche des croûtes de temps en temps.

Pharyngique sèche et amygdales un peu grosses.

Rapidement guérie, elle a présenté un nouvel abcès à gauche quatre mois plus tard.

OBSERVATION XXXIX

M. C.... 43 ans.

A été vu à diverses reprises depuis vingt ans. Il a de la rhinite atrophique avec croûtes manifestes qui remonte à l'âge de 10 ans. Il ne sait pas exactement à quelle époque ses oreilles ont coulé, mais dès la première fois qu'on l'a vu, on a constaté une perforation de l'oreille droite, laissant voir tout le promontoire et un tympan cicatriciel à gauche. De ce côté, il a des bourdonnements persistants, et présente du vertige de temps à autre. A plusieurs reprises, il a présenté des suppurations soit d'une oreille soit de l'autre, la dernière, au mois de juillet 1912, après une course à bicyclette. Il existait cette fois un gros polype dans l'oreille gauche, qui venait d'une perforation au niveau de la membrane de Schrapnell, et qui fut facilement enlevé à la pince.

N'entend la montre qu'au contact des deux côtés.

OBSERVATION XL

M. T..., 18 ans.

A eu des suppurations de l'enfance à plusieurs reprises, mais elles auraient cessé; et il entendait bien à l'école.

Les écoulements ont reparu, et n'ont pas cessé depuis cette époque.

Dans les deux conduits, pus sale et verdâtre, avec lamelles concrétées d'odeur ozéneuse.

A droite, petite perforation en avant de l'umbo. A gauche, perforation réniforme, muqueuse rouge, mais peu turgescence, débris épithéliaux adhérents sur la partie restante de la membrane.

Rhinite atrophique très accusée avec croûtes et ozène. Il dit avoir toujours beaucoup mouché et n'avoir de croûtes et d'odeur

que depuis deux ans, à peu près à l'époque où l'écoulement a reparu.

La mère est ozéneuse, mais n'a plus de croûtes que de temps à autre.

OBSERVATION XLI

M. V..., 44 ans.

Présente une rhinite atrophique très accusée avec croûtes, qu'il n'a jamais beaucoup soignée. Il dit que depuis vingt ans, il a une suppuration de l'oreille droite et on trouve une large perforation occupant les deux tiers supérieurs du segment postérieur. Il y a des débris adhérents, de sorte qu'on nettoie difficilement l'oreille. Dans la perforation, une grosse granulation qu'on cautérise à l'acide chromique. Au bout de deux mois l'oreille était sèche, mais l'écoulement reparut à nouveau en s'accompagnant de douleurs assez vives dans la moitié droite de la tête et surtout en arrière, au niveau de l'apophyse, de sorte qu'on songea à nouveau à l'opérer.

Peu à peu, sous l'influence du traitement et des cautérisations, la suppuration s'est arrêtée, mais la perforation persiste.

OBSERVATION XLI bis

M^{lle} L..., 26 ans.

Se fait soigner depuis un an pour des accidents du côté du nez qui sont en réalité de la rhinite atrophique.

Depuis l'âge de 12 ans, à la suite d'une pneumonie, elle présente un écoulement de l'oreille gauche, avec large perforation irrégulière, ovale en avant du manche. La suppuration persiste.

Chez cette malade, l'otite, du moins à son origine, paraît liée à la pneumonie; l'ozène, par la suite, n'a fait qu'entretenir la suppuration.

L'étude bactériologique du pus n'a pas jusqu'à ce jour donné de résultats bien utiles et bien précis.

Meslay et Viollet rapportent, en 1899, dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, les résultats de leurs recherches qui portèrent sur 4 ozéneux dont 3 présentaient des otorrhées en évolution. Voici brièvement résumées ces observations :

OBSERVATION XLII

(Observation I, de MESLAY et VIOLLET.)

Femme de 24 ans. Ozène remontant à l'âge de 12 ans, compliqué depuis quelques jours d'une otite aiguë pour laquelle M. Chatellier pratique la paracentèse ; la sérosité qui s'écoule lors de l'incision est recueillie à l'aide d'une pipette stérilisée ; le conduit auditif et le tympan avaient été désinfectés soigneusement par des lavages successifs au savon, à l'éther, au sublimé, à l'eau bouillie, le speculum a été flambé. L'examen du mucus nasal a été pratiqué 4 jours après la paracentèse.

OBSERVATION XLIV

(Observation II, de MESLAY et VIOLLET.)

Ozène avec adenite mastoïdienne suppurée et intégrité de l'oreille moyenne

Adèle M., 36 ans. Ozène remontant à l'enfance. La malade se plaint de vives douleurs localisées surtout au niveau de l'apophyse mastoïde droite, avec irradiations vers l'oreille du même côté. La pression sur la région malade est douloureuse, surtout vers la partie antéro-externe de l'apophyse.

Du côté des oreilles, l'examen de l'audition donne : diapason du vertex mieux entendu à droite. Montre à 0,05 ctm. à droite ; 0,50 ctm. à gauche. Membrane du tympan normale, cependant légère hyperhémie à droite.

Fosses nasales : atrophie des cornets inférieurs ; croûtes et muco-pus.

Le pharynx présente un aspect lisse, desséché, avec, sur la région médiane un revêtement croûteux, parcheminé.

Par la suite, le gonflement retro-auriculaire s'accroît, la membrane tympanique est repoussée en dehors comme s'il y avait un exsudat dans la caisse.

On pratique l'incision de Wilde, le périoste tapisse le fond de la collection; pas d'os à nu. On fait une prise de pus lors de l'intervention.

OBSERVATION XLV

(Observation III, de MESLAY et VIOLLET.)

Abcès sous-nasal consécutif à une mastoïdite d'origine ozéneuse

Femme de 39 ans, atteinte d'une otite suppurée droite remontant à 4 mois.

Symptôme d'ozène manifeste.

Adénite retro-auriculaire dont l'apparition a coïncidé avec une diminution de l'otorrhée. L'apophyse mastoïde est très sensible. Le Dr Chatellier incise le point qui fait saillie dans le conduit auditif au niveau de la face postérieure. Le pus sort lorsqu'on appuie sur la mastoïde et se vide par l'incision.

Le lendemain, nouvelle intervention qui permet de reconnaître un orifice osseux, qui conduit jusqu'à une petite collection développée au contact de la mastoïde.

Guérison rapide.

Ces trois observations se trouvent rapportées in-extenso dans la thèse de Peck.

L'examen des sécrétions nasales dans ces trois cas étudiés par Meslay et Viollet révéla l'existence d'un bacille, toujours le même, possédant tous les caractères du Friedländer, caractères qui ne sont autres d'ailleurs que ceux attribués par Læwenberg à son

bacille spécial de l'ozène. Aussi ces auteurs concluent-ils à l'identité du bacille de Lœwenberg et du pneumo-bacille. L'examen du pus des complications auriculaires des 3 cas d'ozène rapportées plus haut fut fait en même temps que celui des sécrétions nasales ; deux fois (observations II et III de Meslay et Viollet) on y rencontre du pneumo-bacille à l'état de pureté ; une fois (observation I) de streptocoque. Ces observations tendent donc à prouver que les complications de l'ozène relèvent très souvent du pneumo-bacille ; mais elles peuvent dépendre d'associations microbiennes quelconques dues aux agents de la suppuration.

Des recherches analogues, entreprises par Ferrari, mirent également en évidence des bacilles de Lœwenberg dans le pus de ces otites. Par contre Compaired, dans tous les cas qu'il examina, ne rencontra jamais que des microbes ordinaires de la suppuration, des streptocoques notamment.

Nous rapportons ces quelques résultats bactériologiques à titre purement documentaire, sans prétendre en tirer la moindre conclusion concernant la pathogénie exacte de l'ozène et de ses complications auriculaires ; car le dogme de la spécificité du Lœwenberg comme agent pathogène de l'ozène est loin d'être solidement établi. On le rencontre dans les affections qui n'ont aucun lien de parenté avec la rhinite atrophique, alors qu'il est parfois absent dans des croûtes et du mucus manifestement ozéneux. Enfin nous n'ignorons pas qu'à côté de la théorie infectieuse qui, suivant les auteurs, envisage le Lœwenberg ou son rival le coccobacille de Perez comme facteur électif de

la rhinite atrophique, il existe d'innombrables interprétations pathogéniques de cette affection, qui renferment peut-être quelque part de vérité et qui méritent d'être prises en considération.

Caractères cliniques de ces otorrhées.

Parmi les caractères de l'otite d'origine ozéneuse, il en est un de premier ordre déjà signalé, mais qui mérite d'être souligné en raison de son importance : c'est l'extrême fétidité de la suppuration.

Parfois même, l'odeur qui se dégage du conduit auditif est si spéciale et si pénétrante, que l'on songe immédiatement avant tout examen à l'origine ozéneuse possible de cette suppuration, hypothèse que vérifie aisément l'examen des fosses nasales. Dans toutes les observations que nous empruntons à Compaired, cette extrême fétidité a été relatée.

La bilatéralité fréquente de ces otites s'explique précisément par la bilatéralité habituelle de la rhinite atrophique et son extension au pharynx nasal. Dans les cas d'otite unilatérale, l'infection s'est ordinairement développée du côté de la narine la plus touchée.

Une autre caractéristique essentielle de ces otites suppurées d'origine ozéneuse est leur ténacité, ténacité qui n'a d'égale que la chronicité désespérante de la rhinite atrophique qui la conditionne. Aussi lorsque la perforation tympanique a livré passage aux produits de la suppuration, il serait téméraire d'espérer une cicatrisation rapide de cette membrane, à moins d'y apporter des soins extrêmement minutieux.

Abandonnée à elle-même, cette perforation tend à s'aggrandir et on pourra remarquer dans les observations qui vont suivre que les dégâts sont souvent considérables ; on y trouvera notée fréquemment la disparition totale de la membrane tympanique accompagnée de chute des osselets. Le fond de la caisse, même après des lavages répétés, ne se dépouille jamais complètement d'un exsudat purulent, blanchâtre, qui recouvre la muqueuse. Celle-ci, constamment baignée par le pus qu'entretient l'infection nasale, n'a pas plus de tendance à l'épidermisation que la perforation tympanique n'a de tendance à se cicatriser. C'est pourquoi il faut s'attendre à voir figurer dans la symptomatologie de l'otite purulente d'origine ozéneuse toutes sortes de complications. Les *polypes* s'y rencontrent fréquemment et il y est fait allusion dans plusieurs observations rapportées plus loin. La muqueuse devient fongueuse, végétante, se présentant sous forme de pseudo-polype.

Une complication plus redoutable et aussi fréquente est le *cholestéatome*. L'otite d'origine ozéneuse, par la persistance de l'écoulement, par l'étendue de la perforation, par les lésions d'ostéites intéressant les osselets et le promontoire, réalise en effet la plupart des conditions qui président à son développement. Sur dix observations d'otorrhée avec complications mastoïdiennes rapportées dans l'ouvrage de Compaired, cinq s'accompagnent de cholestéatome. Ces masses cholestéatomateuses sont volumineuses, elles ne se limitent pas à la caisse et se moulent sur l'aditus, sur l'antre et occupent parfois toutes les cellules mastoïdiennes.

A la faveur de ces lésions fongueuses de la muqueuse

longtemps baignée par le pus, des *caries osseuses* se produisent, frappant tantôt le promontoire, tantôt, et de préférence, le recessus épitympanique avec les osselets.

Complications mastoïdiennes et intra-craniennes.

Il est évident qu'avec des lésions auriculaires aussi tenaces, on peut observer toute la gamme des complications extra et intra-craniennes. Les observations que nous rapportons ont trait, comme on le verra, à des cas susceptibles d'aller, comme gravité, de la simple mastoïdite jusqu'à l'abcès du cerveau et l'ostéomyélite des os du crâne.

Quel est le rôle exact de l'ozène dans toutes ces complications et à quel titre intervient-il ? Autrement dit, l'otite d'origine ozéneuse affecte-t-elle réellement dans son évolution une virulence et une malignité plus accusée que les autres otites chroniques ? Nous ne le pensons pas. Elle ne jouit pas d'une virulence spéciale comparable, par exemple, à celle de l'otite scarlatineuse qui est éminemment nécrosante et destructive. Elle ne frappe pas non plus comme l'otite des diabétiques, qui tire sa gravité de l'affaiblissement de la résistance organique des sujets qui en sont atteints. Ce qui explique les accidents signalés plus haut, c'est que l'otite d'origine ozéneuse est essentiellement chronique et n'a pas de tendance spontanée à la guérison, et à ce titre prédispose aux complications intra-craniennes comme toutes les autres suppurations prolongées. Le véritable facteur de gravité

dans l'otite d'origine ozéneuse réside dans la ténacité de l'infection nasale qui entretient l'écoulement et le prolonge indéfiniment.

D'ailleurs, il arrive que l'otorrhée cesse pendant quelques semaines, alors qu'on observe un traitement soigneux et assidu de la rhinite atrophique, pour réapparaître dès qu'on y apporte moins de constance et moins d'attention.

Aussi, nous ne pensons pas comme Compaired (voir pages 76, 77), que la fréquence et la gravité des complications mastoïdiennes et intra-cranienes, suites d'otorrhées ozéneuses, constituent des arguments suffisants pour faire de l'otite d'origine ozéneuse, une entité morbide; car nous estimons que ces complications peuvent s'observer au cours de toute otorrhée qui s'éternise.

OBSERVATIONS

Otitis avec complications mastoïdiennes et intra-crâniennes.

OBSERVATION XLVI

(Observation recueillie dans le service de M. Lannois.)

Ozène ancien. — Abscess extra-dure-mérien.

Homme de 30 ans qui a de l'ozène depuis l'âge de 12 ans. Au mois d'octobre 1911, il eut une poussée d'otite suivie pendant un jour ou deux d'un écoulement d'oreille. Le 14 novembre, comme il continue à souffrir, il entre dans le service de M. Lannois où il est mis en observation.

L'examen otoscopique pratiqué à ce moment fournit peu de renseignements ; à droite (côté malade), le tympan fortement congestionné ne présente pas de perforation.

Par la suite, les douleurs s'exagèrent et l'on voit se développer un œdème rétro-auriculaire très étendu qui descend même dans la région cervicale et s'accompagne de trismus. Puis cet œdème fait place à de la fluctuation, et la température qui, jusqu'à ce jour a toujours été normale, atteint 38°4 deux soirs de suite.

On intervient aussitôt le 23 novembre.

Sur la table d'opération, dès le début de l'anesthésie, il se fait une perforation tympanique par où se vide partiellement la collection développée derrière le pavillon de l'oreille.

Après avoir évacué la grosse collection sous-cutanée rétro-auriculaire, M. Lannois trépane l'antre mastoïdien profondément

situé, où on ne trouve ni pus, ni fongosités ; les cellules voisines paraissent également saines.

On se porte plus en arrière pour découvrir le point de départ de cette collection ; alors on découvre un endroit suspect situé en arrière de la suture pariéto-occipitale, à trois ou quatre travers de doigt en arrière du conduit auditif. A cet endroit, le pus s'échappe en battant, d'un orifice punctiforme qu'on élargit d'un coup de curette. Pour drainer cette collection sous-dure-mérienne, on met à nu toute la portion horizontale du sinus latéral, autour de laquelle le pus s'est développé.

Les suites immédiates furent des plus heureuses, à part une période sub fébrile (de 37°3 à 38°2) qui dura près de 3 semaines. L'explication de cette élévation thermique est d'ailleurs demeurée mystérieuse, sans qu'on ait découvert quoi que ce soit qui pût l'expliquer.

Au bout de 4 à 5 semaines, guérison complète, l'acuité auditive est très peu touchée : le malade entend la montre à 40 centimètres du côté sain, et à 30 du côté opéré.

OBSERVATION XLVII

(Observation XXIV, in thèse de PECK.)

Complication auriculaire de l'ozène s'étant manifestée par une poussée aiguë sur un état ancien.

M. P..., 24 ans.

Elle mouche des croûtes fétides, et ne sent pas les odeurs.

Il y a deux ans, elle a eu une maladie d'oreille (côté gauche), elle a eu pendant deux ou trois jours des douleurs violentes, puis son oreille s'est mise à couler pendant deux mois environ. Après cela, diminution de l'acuité auditive de ce côté.

Etat actuel. — Le 9 décembre 1893, elle se présente à la clinique accusant de nouveau quelques douleurs d'oreille, toujours à gauche, depuis 4 ou 5 jours ; la veille l'écoulement a réapparu.

A l'examen rhinoscopique, les fosses nasales apparaissent très

élargies et recouvertes de mucosités fétides. L'examen de l'oreille gauche fait découvrir une perforation au-dessous de l'umbo, à bords un peu enflammés. Les osselet semblent intacts.

Traitement. — Révulsion sur la mastoïte ; injections dans l'oreille avec chlorate et borate de soude, injections rétro-pharyngiennes. Le 19 décembre 1893, l'écoulement s'arrête.

OBSERVATION XLVIII

(Observation XXV, in thèse de PECK.)

*Poussées d'otite revenant avec recrudescences
d'un ozène ancien.*

L. F..., 34 ans, femme de ménage. Ozène depuis la première enfance ; croûtes situées très haut dans le rhino-pharynx, et au niveau des fentes ethmoïdales.

Destruction des membranes du tympan à droite et à gauche.

Chez cette malade, l'ozène subit des recrudescences à certaines époques : augmentation des croûtes, fétidité plus grande. Chaque fois poussée d'otite. La malade fait des lavages d'une façon intermittente. Elle a habituellement des maux de tête qui disparaissent quand elle suit le traitement.

OBSERVATION XLIX

(Observation XXVI, in thèse de PECK.)

*Ozène très ancien avec otite moyenne subaiguë
et ostéite mastoïdienne.*

Anna R..., 34 ans, domestique.

Ancienne maladie dans la première jeunesse. Vers l'âge de 11 ans, on fait remarquer à la malade la fétidité qui s'exhale du nez. Depuis cette époque aussi, il y a de la dyspepsie, des nausées, des maux de tête.

Vers le 8 octobre, la malade est prise de douleurs au niveau

de l'oreille gauche, l'ouïe s'affaiblit considérablement de ce côté. On constate à cette époque une ostéite moyenne sans perforation.

Cinq semaines après, douleur à la région mastoïdienne gauche. On opère vers le 15 novembre. Apophyse mastoïde molle, pas de pus, pas de fongosités.

L'examen rhinoscopique antérieur avait montré les deux fosses nasales très larges, avec atrophie des cornets inférieurs, permettant de voir facilement le pharynx; à gauche, le cornet inférieur paraît cependant moins atrophié. Croûtes nombreuses grisâtres et épaisses. Le nez est affaissé.

L'état général de la malade est peu satisfaisant; elle est considérablement anémiée.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade est soumise à un traitement rigoureux de l'ozène. Des douches nasales abondantes et répétées souvent, assurent l'asepsie des fosses nasales.

La plaie opératoire guérit rapidement.

La malade revue en janvier 1899 ne souffre plus de son oreille, ni du côté de son apophyse mastoïde; le nez est dans un état assez satisfaisant.

OBSERVATION L

(Observation XXVII, in thèse de PECK.)

*Ozène avec complication d'otite moyenne gauche suppurée
et mastoïdite gauche suppurée.*

Jeanne G..., 14 ans.

Le 30 novembre 1898 la malade se présente à la consultation. Elle se plaint d'avoir eu un écoulement d'oreille du côté gauche, ayant débuté il y a trois mois, à la suite d'une angine. L'écoulement a cessé, mais au niveau de la mastoïde gauche est apparue une grosseur, du volume d'un œuf de pigeon, très douloureuse à la pression, avec irradiations à la région cervicale du même côté.

Au bout de 3 à 4 jours la tuméfaction diminue, mais la région est toujours douloureuse, aucun antécédent héréditaire.

Écoulement d'oreille gauche consécutif à une scarlatine vers l'âge de 7 ans, rougeole vers l'âge de 12 ans, laryngite aiguë, durée 15 jours.

En octobre 1898, angine catarrhale peu intense, durée de 3 ou 4 jours.

Oreille gauche, perforation tympanique avec écoulement purulent peu abondant.

Rhinoscopie antérieure : atrophie des cornets inférieurs droit et gauche. Croûte verdâtre, adhérente, la fosse nasale gauche est beaucoup plus large que la droite. La muqueuse du pharynx est sèche et luisante.

Anosmie complète.

Le 2 décembre entrée à l'hôpital. Opération le 3 décembre, simple trépanation de la paroi externe de la mastoïde. On constate la présence de pus.

Les jours suivants pas de réaction fébrile.

Douches nasales quotidiennes.

Le 23 décembre, la cicatrisation est avancée, l'écoulement muco purulent peu abondant.

OBSERVATION LI

(Observation XXX. in thèse de РЕСК.)

Mastoïdite se développant avec intégrité presque complète de la caisse. Cas d'ozène.

A. P. ., 35 ans, ajusteur.

Acuité auditive toujours diminuée ; quelques sifflements étant jeune, a travaillé dans la chaudronnerie.

Il y a 20 ans, ozène nettement caractérisé.

Le 21 septembre 1893, il ressent de vives douleurs au niveau de l'oreille du côté droit. Il vient à la clinique se plaignant de douleurs excessivement violentes dans l'oreille et un peu en arrière du côté droit. Le sommeil est impossible, il a des étourdissements. A l'examen rhinoscopique : déviation très accentuée de la cloison à gauche. La narine gauche est réduite à une simple

fente, par laquelle le passage de l'air est impossible. Narine droite largement béante, la muqueuse est atrophiée, ainsi que le cornet inférieur. Nombreuses croûtes d'odeur infecte, anosmie.

Oreille : pavillon normal. La région mastoïdienne est le siège d'un gonflement appréciable, elle est très douloureuse. Pas de fluctuation.

L'examen de l'oreille moyenne ne permet de découvrir que des lésions très minimes, le tympan est intact, un peu rouge et un peu dépoli, il n'y a pas de pus dans la caisse, l'acuité auditive est un peu diminuée.

Le 26, trépanation de la mastoïde. Le malade revu souvent depuis ne souffre plus de son oreille.

OBSERVATION LII

(Observation I, COMPAIRED, in *Ozène et ses complications.*)

Otite moyenne chronique bilatérale ozéneuse, compliquée du côté gauche d'un abcès intra-mastoïdien, périsinusal, extradural et extra-mastoïdien. Opération. Guérison.

I. R. de Madrid, 26 ans, me fut présenté le 10 décembre 1900, Mouche des croûtes fétides. Depuis 5 ans otorrhée bilatérale, prédominant à gauche.

Depuis 15 jours, l'écoulement de l'oreille gauche a augmenté et présente une grande fétidité. Il s'accompagne en outre de maux de tête insupportables.

A l'examen, on observe une pâleur très accusée de la face et des muqueuses et de l'empatement de la région mastoïdienne gauche, à ce niveau la pression est douloureuse et même à la pointe de l'apophyse et sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. De l'oreille gauche, s'écoule en abondance un *pus verdâtre et fétide*. Le fond de la caisse est fongueux, sans trace de tympan ni d'osselets. On voit nettement descendre le pus à travers le conduit pétro-mastoïdien.

A l'oreille droite existe également une otite moyenne suppurée chronique, avec carie de l'enclume et de la loge des osselets et

quelques granulations fongueuses. De ce côté, aucune manifestation mastoïdienne.

Les fosses nasales sont remplies de croûtes et de muco-pus extrêmement fétides, témoignant de l'existence d'un ozène ancien et non traité propagé à la fois aux oreilles par l'intermédiaire de la trompe, et au pharynx et larynx, ainsi qu'aux conduits lacrymaux.

Intervention. Après avoir vidé complètement le vaste abcès extra-mastoïdien, je procède à l'ouverture de l'antre où se trouve un abcès intra-mastoïdien ; je découvre un sinus latéral baignant dans le pus sans être d'ailleurs thrombosé. A la partie postérieure de la région mastoïdienne, il existe cependant un trajet fistuleux limité par un séquestre fongueux de la grosseur d'un pois chiche qui se détache facilement et nous fait découvrir un autre abcès extra-dural en rapport avec la partie postérieure de la fosse cérébrale moyenne et avec la région antérieure de la fosse cérébelleuse. Cet abcès une fois vidé soigneusement, je tamponnai la dure-mère qui était fongueuse et tuméfiée.

Suites opératoires excellentes. Elle fut complètement guérie le 26 juin.

OBSERVATION LIII

(Observation II, de COMPAIRED.)

Otite moyenne purulente chronique bilatérale ozéneuse. Abcès mastoïdien et extra-dural du côté gauche. Opération, guérison.

D. G., 28 ans. 27 octobre 1900.

Souffre depuis un mois de douleurs de tête continuelles du côté gauche. Suppuration des deux oreilles datant de l'enfance. Elle est sourde ; depuis quelques jours, elle éprouve des maux de tête, de l'inappétence. Elle a un peu de fièvre le soir.

L'oreille droite est sèche en ce moment ; dans la caisse, il ne reste pas le moindre vestige de tympan et d'osselets. Dans l'oreille gauche existe du pus en faible quantité.

A l'exploration au stylet, on perçoit, dans la région postérieure des rugosités recouvertes de fongosités qui saignent facilement. Sur la mastoïde, qui ne présente d'ailleurs pas de changement de coloration, la pression réveille une douleur profonde.

Dans les fosses nasales, croûtes abondantes, témoignant d'un ozène non traité.

Elle présente également une sinusite chronique ozéneuse des deux sinus frontaux, à en juger par la douleur localisée à leur niveau, par le muco-pus qui s'écoule du canal fronto-nasal, et par l'obscurité de ces cavités à l'épreuve de la transillumination.

Je conseille des lavages répétés et minutieux des fosses nasales, et je décide d'intervenir sur la mastoïde gauche.

24 novembre : antrotomie. Je trouve plus de fongosités que de pus dans l'antre mastoïdien ; et dans la fosse cérébrale moyenne un petit abcès extra-dural contenant un pus épais, fétide et verdâtre.

Elle fut complètement guérie le 31 mars 1901 de son oreille gauche. Elle est très améliorée de sa sinusite frontale grâce aux lavages répétés et soigneux.

OBSERVATION LIV

(Observation III, de COMPAIRED.)

Otite moyenne purulente chronique bilatérale fongueuse, du côté gauche, ozéneuse, avec méningisme et abcès intra-mastoïdien. Opération. Guérison.

E. G. 10 au 13 novembre 1905.

Aspect général d'une petite fille malade anémique, ou plus exactement, affamée. Elle porte le cachet de la misère scrofuleuse avec des lésions scrofuleuses disséminées sur la face et le cou.

Depuis quelques jours l'enfant est devenue irascible, pousse des cris stridents à la moindre contrariété au moindre mouve-

ment de la tête, et au moindre bruit. Insomnie, strabisme convergent, vomissements bilieux.

A l'examen des oreilles : otite moyenne purulente bilatérale, fongueuse à gauche de nature ozéneuse. Localement il semble y avoir de ce côté un abcès intra-mastoidien.

Rhinoscopie antérieure. Rhinite atrophique avec croûtes.

Opération le 16 décembre 1905. Je trouvai du pus dans les cellules mastoïdiennes et dans la caisse, mais rien de plus.

Au bout de 5 à 6 jours, atténuation, puis disparition des symptômes de méningisme.

Guérison complète de l'affection auriculaire et amélioration étonnante de l'état général en février 1906.

OBSERVATION LV

(Observation IV, de COMPAÏRED.)

Otite moyenne purulente bilatérale chronique ozéneuse avec ancien cholestéatome de l'antre droit, opéré six ans auparavant. Nouvel abcès intra-mastoidien et extra-dural de la fosse cérébrale moyenne du même côté. Opération. Guérison.

M. M..., 18 ans. 5 janvier 1907.

Six ans avant, il subit une antrotomie du côté droit pour un cholestéatome d'origine ozéneuse développée au cours d'une otorrhée qui datait de l'enfance.

Depuis un an, comme il a cessé depuis longtemps de faire des injections nasales, la suppuration de l'oreille droite s'est reproduite, à la suite d'un refroidissement. Il souffre de céphalée intense et continue localisée à la moitié droite de la tête qui est notablement tuméfiée.

Examen otoscopique : à gauche, un peu de suppuration due à une otite moyenne purulente chronique, avec symptômes d'ostéopériostite localisée à la caisse ; disparition du tympan et du marteau.

A l'oreille droite, perforation fistuleuse à la partie inféro-antérieure, perforation qui répond à la région de la trompe et

par laquelle s'écoule un *pus épais vert et fétide*. A l'examen au stylet, toute la région qui fut la caisse du tympan est très douloureuse. On se rend compte que le pus vient de lésions haut situées ou cachées par du tissu épidermisé.

Les régions mastoïdiennes et pariétales de ce côté sont légèrement empâtées et douloureuses à la pression.

L'examen rhinoscopique montre la négligence et le peu de soin que le malade accorde à ses fosses nasales qui sont éminemment ozéneuses.

Nouvelle intervention le 8 janvier 1907 : apophyse mastoïde très dure, région de la caisse fongueuse. Je veille à ne pas mettre à nu les canaux semi-circulaires, j'examine le tegmen tympani où je détache un séquestre mobile, ce qui laisse écouler du pus vert, épais et fétide. Après avoir élargi cet orifice, je découvre un abcès extra-dural de la fosse cérébrale moyenne, de dimensions régulières.

Suites opératoires simples. Guérison complète le 1^{er} avril suivant.

OBSERVATION LVI

(Observation V, de COMPAIRED, résumée.)

Otite moyenne purulente chronique de l'oreille droite, polypeuse, de nature ozéneuse, compliquée d'abcès intra et extra-mastoïdien ; paralysie faciale ; abcès extra-dural et intra-cérébral. Opération. Guérison.

Jeune fille de 16 ans. 10 janvier 1908.

Otorrhée ancienne. En juillet 1907, apparut une tuméfaction de la moitié droite de la tête, accompagnée de paralysie faciale du même côté.

Après amélioration passagère, en novembre, la paralysie et la tuméfaction auriculaire s'accroissent davantage. Depuis une vingtaine de jours, la tuméfaction et la paralysie se sont accrues davantage.

Des renseignements fournis par son médecin, il résulte que l'otorrhée est beaucoup plus ancienne que le malade le prétend

et que, d'autre part, elle s'est accompagnée de formations polypeuses faisant obstacle à l'écoulement du pus et expliquant les lésions progressives du facial.

Examen otoscopique : à droite, pus abondant, fétide, de coloration vert grisâtre, recouvrant de nombreuses masses polypeuses.

Fosses nasales ozéneuses.

Opération 11 janvier 1908, On rencontre un abcès extra-mastoïdien consécutif à une mastoïdite et à un abcès sous-dural de la fosse cérébrale moyenne. Le sinus est parfaitement sain.

L'auteur croyait l'intervention suffisante, mais les phénomènes généraux (fièvre, céphalée, etc.) ne s'amendant pas, il fut conduit à une seconde opération. Après avoir élargi la brèche osseuse, il découvrit, sur la dure-mère, une petite fistule par où s'échappait un pus vert, épais, extrêmement fétide, venant de la substance cérébrale.

Suites opératoires excellentes.

L'auteur s'étonne de la symptomatologie fruste de cet abcès intra-cérébral.

OBSERVATION LVII

(Observation VI, de COMPAIRED.)

Otite moyenne bilatérale chronique ozéneuse, cholestéatome remplissant tout l'antre mastoïdien gauche. Opération. Guérison.

E. L., 16 ans. Suppuration des deux oreilles depuis l'enfance. Depuis longtemps mouche des croûtes fétides.

Se plaint de bourdonnements d'oreille, de céphalée continue et de torpeur intellectuelle.

A l'examen : otite moyenne purulente chronique droite, avec destruction du marteau et de nombreuses brides cicatricielles dans la caisse.

A gauche, mêmes lésions, auxquelles s'ajoutent des masses cholestéatomateuses descendant de l'aditus ad antrum.

Fosses nasales : rhinite atrophique avec croûtes.

Opération : volumineux cholestéatome occupant l'antre mastoïdien gauche, sans foyers purulents périsinusal ou extra-dural.

Par la suite, on fut amené chez cette maladie à pratiquer l'extraction des osselets de l'oreille gauche.

OBSERVATION LVIII

(Observation VII, de COMPAIRED.)

Otite moyenne purulente chronique bilatérale ozéneuse, avec masses cholestéatomateuses de l'oreille gauche et abcès périsinusal et extra-aural. Opération. Guérison.

Irène B..., 27 ans. Suppuration d'oreille depuis la naissance, intermittente à droite, permanente à gauche.

A gauche : suppuration chronique de l'attique, avec d'abondantes masses cholestéatomateuses : à droite : traces de vieille suppuration chronique à l'état sec.

Ozène nasal.

Céphalée constante spécialement localisée dans la région temporale gauche.

L'attique est rempli de fongosités et les cellules mastoïdiennes sont occupées par des masses cholestéatomateuses qu'on enlève au cours de l'intervention.

On prescrit à la malade des irrigations prolongées et minutieuses des fosses nasales, sous peine de voir la suppuration se reproduire.

OBSERVATION LIX

(Observation VIII, de COMPAIRED.)

Otite moyenne purulente chronique bilatérale ozéneuse. Abcès intra-dural de la fosse cérébrale moyenne. Opération. Guérison.

Antonia C..., 34 ans.

Souffre de violentes céphalées, surtout dans la région frontale et pariétale, du côté gauche. Très mauvais état général ; diplopie inappétence. Sécheresse de la bouche, fièvre.

Ses deux oreilles coulent depuis de nombreuses années, mais elle n'est pas sourde.

Ozène facile à diagnostiquer par l'odeur qu'il répand.

A l'examen otoscopique : double otite moyenne purulente ozéneuse chronique, avec phénomènes locaux à gauche d'abcès mastoïdien et probablement d'abcès extra-dural.

Opération le 22 février 1908. En outre d'une grande quantité de fongosités que renfermait la caisse, l'aditus et l'antre, on découvrit un volumineux abcès extra-dural de la fosse cérébrale moyenne d'où s'écoula une masse *semi-liquide, semi-gélatineuse, vert sale et d'odeur franchement ozéneuse*.

En outre, l'os de toute la région opérée, surtout au niveau de l'antre mastoïdien et de la fosse cérébrale moyenne, paraissait atteint d'ostéomyélite. Pas de cholestéatome, ni de carie, ni de trajet fistuleux.

La malade étant guérie, l'oreille mit trois mois et demi à s'épidermiser pendant que persistaient l'otorrhée droite et la céphalée. Seuls les autres symptômes généraux et locaux avaient disparu.

C'est certainement pour avoir délaissé les irrigations nasales prescrites que se reproduisit l'année suivante la suppuration de l'oreille gauche, nécessitant une nouvelle opération et la résection de nouveaux fragments de mastoïde.

Cette seconde fois, la malade sembla parfaitement guérie et la céphalée disparut complètement.

L'oreille droite guérit également sans autre traitement que les lavages avec une solution de formol.

OBSERVATION LX

(Observation IX, de COMPAÏRED.)

Otite moyenne purulente chronique ozéneuse droite, avec cholestéatome antral, opérée antérieurement de cholestéatome à gauche. Opération. Guérison

Otite moyenne ozéneuse datant de l'enfance ; à l'opération, volumineuses masses cholestéatomateuses occupant la caisse, l'antre et les cellules.

Suites opératoires simples. Guérison complète en moins de trois mois.

OBSERVATION LXI

(Observation X, de COMPAIRED.)

*Otite moyenne purulente chronique cholestéotomateuse
ou neuse. Opération. Guérison.*

Esther A..., 15 ans. 2 janvier 1909. Ancienne suppuration d'oreille, traitée sans résultat par les moyens pharmacologiques.

A l'examen : otite moyenne suppurée, chronique avec lésions de l'attique, accompagnée de fongosités et de masses cholestéotomateuses de la caisse et de l'attique, du côté gauche.

Atrophie ozéneuse avec eczéma vestibulaire de la fosse nasale gauche.

Opération le 9 janvier qui permit de découvrir, outre de nombreuses fongosités, un cholestéatome qui remplissait toutes ou presque toutes les cellules mastoïdiennes.

La malade quitte l'hôpital en avril suivant, allant bien.

Outre les observations précédentes, Compaired en rapporte trois autres qui concernent des cas d'ostéomyélite du crâne que nous nous bornerons à résumer brièvement pour montrer l'intensité des phénomènes destructifs auxquels expose l'otorrhée d'origine ozéneuse. Il faut d'ailleurs reconnaître que dans ces trois cas particulièrement graves, l'infection chronique de l'oreille moyenne ne paraît pas mériter à elle seule toute la responsabilité de pareilles lésions. Chez son premier malade, un violent traumatisme du crâne aurait probablement déterminé une fracture de la voûte qui constituait dès lors un point d'appel pour l'infection du diploé.

Dans le second et le troisième cas, dont nous rapportons les observations résumées, une grippe vint donner un coup de fouet à une otorrhée préexistante.

OBSERVATION LXII

(COMPAIRED.)

Ostéomyélite aiguë des os plats du crâne d'origine infectieuse associée, et abcès intra-cérébral.

J. B. . . , 49 ans. 13 novembre 1906.

Ozène ancien, avec croûtes verdâtres et fétides.

Suppuration d'oreille bilatérale datant de l'enfance. Au moment de l'examen : fièvre à 40°, vomissements, vertiges. Empâtement œdémateux de la région temporo-pariétale gauche, très douloureux à la pression. Pas de douleur au-dessous de la pointe de la mastoïde sur le trajet de la jugulaire et sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Examen otoscopique : Otite moyenne purulente avec perforation et pus vert, fétide.

Fosses nasales : ozène ancien non traité, propagé au pharynx.

Diagnostic clinique : otite moyenne purulente subaiguë d'origine grippale et ozéneuse compliquée d'abcès intra-mastoïdien, périsinusien, et probablement d'abcès intra-cérébral avec labyrinthite et ostéomyélite diffuse des os plats du crâne.

A l'intervention : os rouge congestionné avec quelques foyers purulents disséminés, caractéristiques de l'ostéomyélite. Les cellules mastoïdiennes et la loge sinusale sont pleines de pus et de fongosités. Petite fistule à la base du rocher se dirigeant vers la partie postérieure de la fosse cérébrale moyenne. Par cet orifice, on introduit un fin stylet, et il s'en écoule une goutte de pus. Aggrandie, cette fistule conduit directement à l'intérieur de la cavité cranienne. La dure-mère fongueuse est nécrosée sur une étendue d'un demi-centimètre. Par cet orifice, on aspire aisément du pus à l'aide d'une seringue de Pravaz. Puis on voit s'échapper deux ou trois grammes de pus verdâtre, extrêmement fétide.

La malade mourut au bout de quarante-huit heures. Il ne fut pas possible de procéder à son autopsie.

L'auteur conclut à la gravité redoutable de l'otite d'origine ozéneuse ajoutée à la grippe.

OBSERVATION LXIII

(COMPAIRED.)

Ostéomyélite des os plats du crâne d'origine infectieuse associée et abcès extra-dural communiquant avec un abcès extra-mastoïdien.

D. C. . . , 6 ans. 22 décembre 1903. Vient consulter pour suppuration de l'oreille droite accompagnée de tuméfaction de toute la moitié droite de la tête.

Ozène ancien. A contracté la grippe dans les premiers jours du mois de novembre et souffre beaucoup de l'oreille droite. Ces douleurs cessent au bout de deux ou trois jours, lorsque apparaît un abondant écoulement d'oreille.

Puis au bout de trois jours, la fièvre atteint 39°, 40°, une tuméfaction volumineuse occupe la moitié droite de la face et de la tête. Dans le tableau clinique, on note spécialement une douleur intense, lancinante, qui se localise sur le bord inférieur du pariétal, au niveau de son articulation avec le temporal. Ces symptômes s'accompagnent de trismus.

Examen otoscopique : suppuration, difficulté d'apercevoir le fond du conduit à cause du gonflement inflammatoire dont il est le siège.

Ozène bilatéral.

Température : 40° avec grandes oscillations. Pouls irréguliers, fréquent et dépressible.

A l'opération pratiquée le 28 décembre, on découvre un large foyer ostéomyélique du pariétal et du temporal. L'extraction d'un séquestre permet d'évacuer un abcès extra-dural.

Les complications de ce genre sont tout à fait exceptionnelles, mais leur apparition ne doit pas nous surprendre outre mesure au cours d'une otorrhée chroni-

que, car la mastoïde par la disposition de ses cellules et la distribution de ses vaisseaux veineux semble bien favoriser le développement de l'ostéomyélite des os plats. En effet, les cellules mastoïdiennes principales ou aberrantes sont en communication directe avec le diploé par l'intermédiaire du tissu spongieux et les vaisseaux veineux connus sous le nom de canaux de Breschet, sont répartis dans toute l'étendue du diploé des os plats qu'ils peuvent facilement infecter en allant puiser les germes microbiens dans l'antre ou dans toute autre cellule mastoïdienne.

Des observations précédentes, il résulte que l'ozène confère une gravité spéciale aux otorrhées chroniques et que chez ces malades, les complications mastoïdiennes et intra-craniennes sont d'une fréquence inhabituelle. Aussi, Compairod, en raison des différents caractères cliniques et évolutifs qui se dégagent de ces observations, en arrive à considérer cette otorrhée comme une véritable entité morbide possédant des caractères spécifiques et qu'il appelle « otite ozénateuse. »

« Son étude clinique, dit-il, bien que très facile, a été délaissée ; personne ne la connaît comme entité morbide, avec une dénomination correspondante.

« Mon expérience clinique, et mes études sur ce sujet (elles sont exceptionnelles puisque les ozéneux sont si nombreux en Espagne et à Madrid en particulier, qu'ils constituent les deux tiers des malades de sa consultation) m'ont démontré que l'otite moyenne purulente chronique ozénateuse ne se guérit pas, que ce soit avec ou sans opération, d'après les règles cliniques établies

pour l'otite moyenne purulente chronique cholestéatomateuse ou non, mais par contre, en la traitant comme elle doit être traitée elle guérit toujours.

« La suppuration de l'oreille consécutive à l'ozène se rencontrant surtout chez les gens sales ou du moins peu soigneux de leur toilette personnelle, ou insuffisamment traités par leurs médecins : la cause première, les germes ozéneux continuent à agir d'une manière progressive sur les tissus et les organes malades et déterminent ces si fréquentes et si graves complications mastoïdiennes ou intra-craniennes. Quels que soient les remèdes employés contre telle ou telle complication, la maladie n'en subsistera pas moins, se manifestant par des récidives, des cicatrisations incomplètes ou inguérissables et par l'apparition d'une otorrhée qui est une suppuration spéciale, réclamant un traitement spécial.

« Parmi les complications que produit l'atrophie ozéneuse par suite de son infection locale persistante, se rencontrent toutes les infections connues, depuis la suppuration propagée à la mastoïde jusqu'aux manifestations méningées et encéphaliques et même l'ostéomyélite des os plats du crâne.

Pour terminer, je résumerai ce que j'ai dit dans les conclusions suivantes :

1° Les différentes otites, atrophiques, exsudatives, hyperplastiques ou suppurées qui sont produites ou entretenues par la rhinite atrophique, sont toujours plus graves et plus insidieuses que celles qui reconnaissent une autre cause, qu'elle soit de caractère local ou général.

2° Un des caractères de cette maladie, c'est de présenter une otite suppurée ou non, bilatérale, si elle est suppurée, le pus plus ou moins fétide, est de couleur gris sale et sa sécrétion est plus constante.

3° Sa caractéristique dans les complications graves cranio-cérébrales consécutives à l'otite suppurée, est de présenter une évolution plus rapide que dans les autres cas qui sont le résultat d'une infection générale quelconque (rougeole, grippe). Les suites opératoires sont habituellement plus longues chez les ozéneux. Il y a de fréquentes alternatives d'aggravation ou, du moins, d'arrêt du travail de cicatrisation, dues à ce que la cause productrice existe toujours, et ces alternatives correspondront au plus ou moins de propreté des fosses nasales.

C'est pour cette raison que ces otites récidivent facilement avec ou sans complication, bien que la guérison opératoire ait été parfaite. Cela se produit non pas parce qu'il survient une nouvelle cause d'infection (grippe ou rougeole) mais parce qu'on néglige l'asepsie des fosses nasales d'où part toujours l'infection vers la caisse et les parties voisines.

4° Pour soigner convenablement ces malades, il faut ajouter au traitement classique et opportun de la souffrance et des complications, le traitement nécessaire de la rhinite atrophique entretenant toujours la propreté et l'asepsie des fosses nasales. »

CHAPITRE V

OZÈNE DE L'OREILLE MOYENNE ET DE LA TROMPE D'EUSTACHE

Dans le chapitre précédent nous avons étudié l'otite suppurée, complication de l'ozène, et plus spécialement cette forme prolongée, ténace et récidivante dont certains symptômes trahissent l'origine (mauvaise odeur, persistance de l'écoulement, complications mastoïdiennes et extra-craniennes et même présence dans le pus de bacille de Lœwenberg). Ces différentes formes aiguës ou chroniques de suppurations représentent des complications septiques de l'ozène sur l'appareil auditif. Au cours de ce dernier chapitre, nous voudrions démontrer que le processus atrophique ne se limite pas à la muqueuse des cornets, mais qu'il s'étend également à l'oreille moyenne et appeler l'attention sur un certain nombre d'observations qui plaident en faveur d'un ozène de la caisse du tympan, consécutif bien entendu, à des lésions nasales.

Depuis vingt-cinq ans, le domaine anatomique de l'ozène primitivement limité aux fosses nasales, s'est considérablement élargi. Luc, en 1888, s'appuyant sur des observations personnelles, et reprenant quelques

cas publiés en Allemagne, par Baginsky et Fraenkel, a démontré l'existence d'un ozène de la trachée et du larynx. Les arguments qu'il invoque en faveur de sa manière de voir sont, pour la plupart, d'ordre exclusivement clinique ; il s'agit de sujets atteints de rhinite atrophique indiscutable qui présentent au réveil, le plus souvent, après des quintes de toux, une expectoration de crachats fétides. Dans ces crachats, on observe des croûtes sèches et jaunâtres, présentant surtout cette odeur infecte de punaise écrasée, en un mot ayant absolument les mêmes caractères que les croûtes de l'ozène nasal. La fétidité de l'haleine est la conséquence de leur présence dans la trachée, et cette fétidité est encore la même que dans le coryza atrophique ozéneux. L'examen laryngoscopique découvre des mucosités visqueuses adhérentes situées sur la commissure postérieure et, au cours des profondes inspirations, laisse voir la trachée encombrée de croûtes jaunes, verdâtres.

Ainsi conçu, et présenté sous cette forme, l'ozène trachéal fut admis sans résistance, et conquit sa place dans la nosologie, puisqu'aujourd'hui, on considère qu'il peut même apparaître d'emblée sans rhinite atrophique préexistante. Taubé, dans sa thèse, décrit une forme encore plus aberrante, qu'il appelle l'ozène des bronches, et qui se manifeste par un tableau clinique rappelant assez la dilatation bronchique.

L'ozène des voies lacrymales est également connu ; il se traduit par un catarrhe lacrymal, des lésions cornéennes et palpébrales que redoutent les ophtalmologistes lorsqu'ils ont à intervenir chez des ozéneux, au point que certains, pour assurer l'asepsie complète

du champ opératoire oblitérent temporairement le canal lacrymal par certains procédés. Le bacille de Lœwenberg, d'après les recherches de Cuénod, d'une part, de Terson et Gabrielides, d'autre part, est l'hôte habituel de la conjonctive de ces malades.

Bref, l'ozène primitivement développé dans la cavité nasale ne s'y cantonne pas toujours, il rayonne dans toutes les directions, du côté de l'appareil oculaire, du côté des sinus de la face, et même se localise sur l'appareil respiratoire supérieur. Aussi ce serait vraiment étrange d'admettre qu'un seul organe s'ouvrant sur le rhinopharynx pût échapper à cette invasion. Rien, en effet, ne s'oppose à cette extension vers l'oreille moyenne. La trompe d'Eustache se continue sans autre démarcation que les bourrelets tubaires avec la muqueuse du pharynx, dont elle présente du reste la même constitution et aucune raison anatomique ou physiologique ne saurait la mettre à l'abri de l'infection ozéneuse. L'état d'atrophie des bourrelets tubaires, entraînant la perméabilité plus facile de l'orifice de la trompe, facilite d'autant plus aisément la propagation du processus ozéneux, que chez ces malades le rhinopharynx est habituellement intéressé et se recouvre de croûtes fétides ou de muco-pus. Extension de proche en proche par continuité, telle est le mode de propagation de l'ozène à l'oreille moyenne.

Cette affection fut décrite pour la première fois par MM. Lannois et Jacod, sous le titre d'otite ozéneuse dans les *Annales des maladies de l'oreille* (1910). C'est de ce mémoire que nous nous inspirerons ainsi que de quelques cas nouveaux. Mais avant d'aborder cette

description nous devons reconnaître que Compaired, à peu près à la même époque, a décrit dans son ouvrage sur l'ozène et dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie*, l'ozène de l'oreille moyenne sous le titre d'« *atrophie ozéneuse pure de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne.* »

A l'encontre des auteurs précédents qui en font une otite croûteuse, Compaired a spécialement remarqué l'état d'atrophie de la caisse et de la membrane tympanique. Personnellement, nous n'avons jamais rien observé de semblable et n'avons trouvé aucune observation de faits analogues ; aussi nous nous bornerons à rapporter l'article résumé de Compaired avant d'entreprendre la description des formes que nous connaissons.

I. — **Atrophie ozéneuse pure de la trompe
d'Eustache et de l'oreille moyenne**
(de Compaired).

« Cette manifestation ou complication auriculaire de l'atrophie ozéneuse est fréquente. Cliniquement, elle n'est pas connue ou du moins elle n'est pas décrite ni citée par aucun des auteurs spéciaux en oto-rhino-laryngologie. Il n'en n'est pas fait mention dans les thèses et mémoires particuliers sur l'ozène les maladies de la trompe et de l'oreille moyenne. Je suis le premier qui l'ait décrite et fait connaître, non seulement en Espagne, mais aussi à l'étranger dans une communication au III^e Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie de Séville....

« Son début est si insidieux, elle se manifeste de

façon si cachée qu'il est facile de confondre sa symptomatologie subjective avec celle de la maladie causale, l'ozène. On ne peut la distinguer et la différencier que lorsqu'elle est bien développée dans tout le trajet de la trompe ou dans l'oreille moyenne.

« En somme, le patient éprouvera outre les symptômes naso-pharyngiens propres à l'atrophie ozéneuse un peu plus de sécheresse du côté de l'oreille, de la gêne et des douleurs plus fréquentes dans l'intérieur de l'oreille, douleurs fugaces survenant presque toujours sans catarrhe préalable, sans refroidissement, ni maladie infectieuse générale capable de produire des otalgies et des affections auriculaires.

« En réalité, tout se réduit aux symptômes subjectifs que ressent le patient atteint d'atrophie pure de la trompe, de la caisse et du tympan.

« J'appelle cette maladie « *atrophie ozéneuse pure* » de l'oreille, parce que l'atrophie se produit et se développe *sans suppuration*.

« Il ne faut pas croire que l'atrophie ozéneuse pure de l'oreille moyenne détermine toujours la surdité. J'ai observé des cas où elle provoque des troubles divers, y compris l'hyperesthésie acoustique et cela d'une manière permanente ou passagère.

« Ce qui frappe tout d'abord la vue, en pratiquant l'examen otoscopique, c'est l'état de transparence accompagné d'un amincissement plus ou moins exagéré suivant le degré de la maladie.

« Cette transparence et cet amincissement sont habituellement limités à certaines parties du tympan : la membrane de Schrapnell, le quadrant postéro-inférieur

et enfin le segment antéro-supérieur. On peut les observer dans toutes les parties à la fois, dans l'une d'elles seulement et très souvent, on peut constater des gradations différentes dans la transparence et l'amaigrissement qui permettent de faire des comparaisons non seulement dans la même oreille, mais aussi dans l'oreille opposée.

« Chez la majorité des malades, on peut examiner avec plus ou moins de clarté, selon le degré d'évolution de l'affection, à travers le tympan aminci et transparent, la caisse ou le territoire correspondant de la caisse, et distinguer les régions qui la constituent parfois avec plus de facilité et de clarté que s'il n'y avait pas de tympan, à travers lequel on peut voir la pâleur et l'atrophie de la muqueuse, comme si on la regardait à travers une vitre transparente et très mince...

« L'évolution de l'atrophie ozéneuse de l'oreille est très lente : cependant, quand l'ozène est ancien et qu'il n'a pas été soigné, il produit des effets plus rapides sur l'oreille moyenne.

« Le pronostic est toujours défavorable parce qu'il n'existe pas malheureusement de traitement curatif.

« Le traitement doit s'adresser aussi à l'affection originelle, c'est-à-dire à l'ozène ; du côté des oreilles, il faut se contenter d'insuffler doucement une ou deux fois par jour selon les cas des vapeurs d'éther iodé ; ne jamais employer la poire de Politzer pour insuffler de l'air ou des vapeurs qui, poussés avec violence, pourraient produire des ruptures sur les points amincis du tympan, et déterminer des complications surtout chez

des sujets porteurs de foyers infectieux si rapprochés. »

En somme, cette atrophie ozéneuse de la trompe et de l'oreille moyenne constitue parfois, d'après Compaired, un stade préliminaire de l'otorrhée ozéneuse. Elle se traduit objectivement par un amincissement et une transparence anormale de la membrane tympanique telle qu'on peut apprécier les différents détails et reliefs de la caisse aussi bien que si la membrane était totalement détruite.

Nous n'avons jamais observé une transparence aussi complète de la membrane tympanique ; ce que nous avons vu, c'est de l'enfoncement du tympan qui paraît aminci, comme dans notre observation XIII. — Wyss fait également remarquer que 16 fois, chez les malades qu'il observa, le tympan présentait un enfoncement manifeste d'un côté ou des deux à la fois. « Cet enfoncement, dit-il, est combiné ordinairement à une excessive transparence due probablement à un amincissement atrophique du tissu tympanal. Cet enfoncement continue-t-il, doit s'être fait à la longue ; sans cela, il aurait donné lieu à des symptômes subjectifs : douleur, bruit, ou surdité. Il est dû probablement à un fonctionnement irrégulier et insuffisant des trompes d'Eustache, par suite d'une insuffisance fonctionnelle de la musculature palato-tubaire.

Le renouvellement de l'air dans la caisse est défectueux ; la pression atmosphérique prend le dessus sur la pression à l'intérieur de la caisse et peu à peu, le tympan refoulé vient se plaquer sur le promontoire. »

Wyss est le seul auteur qui fasse allusion à cet état

transparent du tympan ; mais alors que Compaired considère cette transparence et cet amincissement comme la manifestation d'un état atrophique du tympan, il l'envisage plutôt comme un symptôme d'otite sèche. Personnellement, nous ne rapportons qu'une seule observation où cette transparence soit notée, et elle plaide plutôt en faveur de l'interprétation de Wyss.

II. L'otite ozéneuse.

La forme d'ozène que nous connaissons et dont nous voulons exposer les caractères essentiels diffère beaucoup de l'atrophie ozéneuse pure décrite dans le paragraphe précédent par COMPAIRED. C'est une otite avec croûtes et muco-pus. Les arguments que nous invoquons pour en établir l'existence sont d'ordre exclusivement clinique et basés sur l'analyse des symptômes. En effet, il ne saurait être question, à ce propos, d'arguments bactériologiques qui, certes, donneraient beaucoup plus de poids à notre démonstration. Mais l'incertitude qui entoure la pathogénie de l'ozène leur enlèverait beaucoup de leur valeur.

Du reste, des recherches de ce genre ont été faites dans le service de M. LANNOIS au sujet de quelques-unes des observations qui vont suivre. Les cultures des sécrétions auriculaires n'ont donné aucun résultat digne d'être retenu, car il est très difficile d'isoler et d'identifier les microbes dans de pareilles suppurations, où se sont greffées des infections secondaires. L'ensemencement des sécrétions nasales ne donna d'ailleurs pas de renseignements précis à ce sujet.

Les débuts sont le plus souvent insidieux et torpides. Si quelques malades ont en premier lieu une otite subaiguë qui attire leur attention, la plupart sont au contraire bien embarrassés pour préciser les circonstances qui ont accompagné les premières phases de l'affection, en raison de l'indolence habituelle de cette otite. Les malades sont généralement amenés à consulter pour un abaissement plus ou moins accusé de leur acuité auditive. Certains, même, ne soupçonnent pas l'existence d'un léger suintement, comme le malade de l'observation LXV, qui s'imaginait avoir un bouchon de cérumen, alors qu'il s'agissait de pus concrété dans le conduit.

Cette lésion auriculaire, une fois constituée, durera indéfiniment, aussi longtemps que les lésions des fosses nasales, et même davantage en raison de la désinfection plus difficile de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache. En présence de tels malades, on est d'abord frappé par l'odeur extrêmement fétide qui se dégage du conduit auditif, et on verra plus loin, dans l'observation LXX, qu'on pensa d'emblée à la possibilité d'une otite ozéneuse chez un sujet qu'on voyait pour la première fois, avant tout examen otoscopique ou rhinoscopique, impression qui, d'ailleurs, fut rigoureusement confirmée.

Le conduit auditif est rempli de croûtes jaunâtres et verdâtres, adhérentes à l'épiderme, d'odeur repoussante. Elles s'enlèvent difficilement au lavage, et parfois, on doit employer la pince pour les détacher. Le lavage ne ramène pas de filaments muqueux comme dans les otites aiguës ou chroniques, mais quelques

croûtes mêlées à un peu de sérosité et quelques lamelles épidermiques blanchâtres, signe de l'irritation du conduit. Ce liquide, comme l'oreille dont il provient, présente une odeur typique qui n'est pas l'odeur fade des suppurations chroniques de la caisse, mais qui rappelle nettement celle des sécrétions nasales ozéneuses. Les lavages d'oreille, même répétés, n'arrivent généralement pas à dépouiller complètement le conduit et la caisse qui sont encore recouverts de débris épidermiques adhérents et qui nécessiteront, pour se détacher, l'emploi d'instillations huileuses pendant quelques jours.

L'examen au spéculum permet alors de juger de l'étendue exacte des lésions. La membrane tympanique est le siège d'une perforation étendue qui laisse voir les lésions de la caisse. La muqueuse n'offre pas cet aspect rosé ou rouge vif qu'on remarque dans les otites ordinaires. Elle a une teinte blafarde, pâle, anémiée, comme la muqueuse des cornets inférieurs d'un ozéneux. On voit rarement des ébauches d'épidermisation à sa surface, et en dépit des soins locaux (lavages d'oreille et instillations antiseptiques) elle n'aura aucune tendance à s'épidermiser si on n'applique pas parallèlement un traitement sévère de la rhinite atrophique.

Dans les cas dont nous rapportons les observations, les osselets sont respectés et ne présentent pas de carie, comme on pourrait s'attendre à en rencontrer dans une affection aussi chronique. Habituellement, le manche du marteau, mal soutenu par la membrane tympanique largement perforée bascule et adhère au

promontoire. Dans les observations que nous rapportons plus loin il n'est pas fait mention de carie de la caisse du tympan ni de complications mastoïdiennes.

Les formations polypeuses sont également exceptionnelles en raison, sans doute, du peu de vitalité que présente la muqueuse. Celle-ci, atrophiée, anémiée, mal vascularisée, ne peut pas donner naissance à des bourgeons polypeux exubérants. Dans les observations suivantes, cependant, il y est fait allusion, mais en réalité, il s'agissait de granulations verruqueuses développées en arrière, au voisinage du cadre tympanal, granulations d'origine plutôt épidermique qu'épithéliale, qui se détachent facilement au lavage.

Les troubles auditifs qui accompagnent ces lésions sont ceux de toutes les otorrhées chroniques, et se traduisent par une diminution de l'acuité auditive d'intensité variable pouvant aller jusqu'à la surdité absolue.

L'examen des fosses nasales complète forcément l'examen otoscopique et facilite l'interprétation des symptômes précédents ; la présence des croûtes fétides et de muco-pus dans les fosses nasales, l'existence d'atrophie des cornets inférieurs et des lésions pharyngées éclairent immédiatement le diagnostic.

L'évolution de ces otites est également caractéristique ; et à cette occasion, nous rappelons un symptôme dont nous avons déjà signalé l'importance à propos des otites suppurées d'origine ozéneuse : c'est le parallélisme qui existe entre les lésions nasales et les lésions auriculaires. Celles-ci ne s'améliorent qu'au prix d'un traitement sévère et prolongé de la rhinite atrophique ;

alors seulement on verra les croûtes disparaître, la muqueuse se déterger et s'épidermiser, résultat qu'on ne peut obtenir par le simple traitement local de l'otite ozéneuse.

Ce sont ces considérations cliniques qui doivent présider au traitement de cette affection. « Pour déterger la muqueuse et le tympan, disent Lannois et Jacod, nous nous sommes servis avec avantage d'huile mentholée faible ; parfois d'eau oxygénée diluée. Toujours ce nettoyage a été particulièrement long. Depuis quelque temps, nous nous servons pour désodoriser et nettoyer les sécrétions épaisses du nez chez les ozéneux, d'une préparation ancienne, l'huile essentielle de bouleau dont l'action antiseptique remarquable est comparable à celle de l'huile de cade. Nous avons obtenu de très bons résultats dans l'ozène nasal. Nous l'avons également appliquée au traitement de l'otite ozéneuse. Nous nous servons d'un mélange d'huile de vaseline médicinale contenant 15 à 20 pour 100 d'huile essentielle de bouleau. Chez tous nos malades nous avons observé que l'odeur fétide disparaissait assez vite et que d'autre part la formation des croûtelles brunâtres se trouvait ralentie et supprimée. Il est intéressant de comparer les effets favorables de la même médication pour l'ozène nasal et pour les otites que nous appelons ozéneuses. Le traitement lui-même semble rapprocher étroitement les lésions du nez et de l'oreille. »

Observations d'otites ozéneuses.

OBSERVATION LXIV

(LANNOIS et JACOD, in *Annales des maladies de l'oreille.*)

M^{lle} Marg. P..., 17 ans. Elle a toujours mouché beaucoup depuis l'âge de 6 à 8 ans, mais elle ne sait qu'elle a de la rhinite atrophique avec ozène que depuis l'âge de 13 ans. A ce moment, elle eut une otite aiguë droite dont le début paraît avoir été brusque et douloureux; l'écoulement persistant encore trois mois après, on se décida à la montrer à un confrère qui vit l'ozène. Elle s'est d'ailleurs très mal soignée.

Elle vient nous voir en novembre 1908 en disant que l'oreille droite coule par intermittence, mais qu'elle ne coule plus que depuis cinq à six mois. En réalité, elle est pleine de pus concrété et de débris épidermiques, et on constate une assez large perforation à bords mal limités. Elle se présente surtout parce qu'elle devient sourde de l'oreille gauche, où on ne constate d'ailleurs que de l'épaississement et de la rétraction de la membrane. L'audition est très abaissée : oreille droite, 3 centimètres; oreille gauche, 6 centimètres, puis 12 centimètres après cathétérisme. Pas de Weber net.

Du côté du nez, rhinite atrophique typique et très étendue, croûtes épaisses, ozène accentué. On prescrit des lavages bicarbonatés, des pulvérisations d'huile de bouleau pour le nez, des instillations de protargol dans l'oreille. Un mois plus tard, elle revient, se disant très améliorée du côté du nez à cause des pulvérisations d'huile de bouleau; mais les instillations de protargol ont été douloureuses, et elle les a cessées; on les remplace par l'huile de bouleau à instiller dans l'oreille. L'audition remonte à gauche à 22 centimètres.

Un mois après, l'oreille droite était sèche, mais cette amélioration ne dura guère que deux mois, et depuis on assiste à des

alternatives d'amélioration ou de production dans l'oreille de croûtes et de lamelles adhérentes. C'est ainsi qu'à la date du 14 mars 1910, on note : l'oreille est pleine de pus concrété et de débris épidermiques, jaunes à l'entrée, blanc verdâtres dans la profondeur, ayant l'odeur caractéristique de l'ozone. Le tympan présente un lambeau de membrane en avant et en bas, une ébauche de cicatrisation sur le promontoire qui s'avance à peu près à la moitié de la caisse, en arrière, une perforation humide, mal débarrassée des débris qui l'encombrent. Le manche du marteau est raccourci et adhérent au promontoire : en haut et en arrière, sur le cadre tympanal, il y a une petite granulation framboisée que l'on cautérise à l'acide chromique.

OBSERVATION LXV

(LANNOIS et JACOD.)

Le nommé P..., 25 ans, habitant un village de l'Ardèche, est le premier malade qui ait attiré mon attention sur cette variété d'otite. Il vint me voir la première fois en octobre 1894.

Il faisait remonter ses écoulements d'oreilles à une douzaine d'années, mais n'avait jamais été soigné, et il était difficile de dire s'il avait eu des périodes de guérison, car c'était un paysan qui s'observait très mal. Il est impossible de savoir s'il a eu une période de douleur au début, il paraît plutôt que l'écoulement s'est installé d'une manière insidieuse.

Actuellement, il dit que son oreille droite ne coule pas, et que son oreille gauche coule depuis dix mois. On trouve, en effet, du pus muqueux assez abondant à gauche, au milieu de nombreux débris d'épiderme macéré : la membrane tympanique a été largement détruite, mais il y a une cicatrisation en évolution sur la moitié postérieure de la paroi interne, la moitié antérieure étant rouge et gonflée.

Mais le côté droit que le malade croit ne contenir que du cérumen est rempli de masses jaune brun, de débris d'épiderme agglomérés avec du pus et du cérumen qu'il est difficile de déta-

cher. Lorsqu'on a réussi à s'en débarrasser, on voit que le tympan a été détruit, sauf en bas et en arrière, que le manche du marteau est réduit à un moignon, que la face interne de la caisse reste à demi couverte de débris épidermiques, et que la muqueuse est pâle et atone, comme rétractée et aplatie sur l'os.

Le pus à demi concrété qui emplissait le conduit, avait une odeur si caractéristique, qu'on était naturellement amené à examiner le nez. Or, celui-ci présentait une rhinite atrophique ozéneuse absolument caractéristique.

Ce malade a été mal suivi : il n'est venu qu'à intervalles très espacés et irréguliers. La dernière fois qu'il a été vu, en août 1901, ses oreilles et son nez étaient dans le même état, sans aucune amélioration. Surdité marquée.

OBSERVATION LXVI

(L'ANNOIS et JACOD.)

M^{lle} Marg. X..., 19 ans, a de la rhinite atrophique ozéneuse bien caractérisée. La mère a d'ailleurs été elle-même ozéneuse : elle a perdu l'odorat, mais il ne lui reste que de la rhinite atrophique sans croûtes.

La malade a eu de l'écoulement des deux oreilles vers l'âge de 3 ans; il reparut vers 10 ans et n'a guère cessé depuis. Lorsqu'elle fut examinée pour la première fois, à la fin de 1906, elle venait d'avoir une poussée aiguë sur l'oreille gauche qui se présentait avec une perforation presque totale, le manche persistant et dénudé, la muqueuse rouge et enflammée. Du côté droit, au contraire, le tympan était très cicatriciel avec une large perforation en arrière, dont le bord antérieur était adhérent avec une muqueuse pâle et suintante. Les sécrétions mélangées d'épiderme étaient épaisses, difficiles à détacher, d'aspect et d'odeur désagréables.

La malade fut revue à plusieurs reprises : l'oreille droite guérit assez vite, l'oreille gauche résista et eut des alternatives diverses. En février 1910, on note que la malade va bien, qu'elle

entend mal la montre à quelques centimètres seulement, mais que l'épidermisation se poursuit. Elle a utilisé beaucoup pour son nez l'huile airolée et l'huile de bouleau, et pour ses oreilles surtout, le protargol et la résorcine : elle n'a été soumise à l'huile de bouleau dans les oreilles que très récemment.

OBSERVATION LXVII

(LANNOS et JACOD.)

M^{lle} Caroline X..., 10 ans, a été soignée il y a trois ans pour une double otite suppurante chronique déjà ancienne et remontant vraisemblablement à une rougeole. Elle fut rapidement perdue de vue, les cautérisations de la muqueuse et l'emploi de l'acide borique ayant rapidement arrêté la suppuration. Toutefois elle fut revue il y a dix-huit mois pour une récurrence.

Elle est ramenée en février 1910, parce que l'écoulement a reparu et que, d'après la mère, il a une odeur désagréable. Au lavage, pus mélangé de lamelles épidermiques assez épaisses, jaunes à la superficie, d'un blanc verdâtre à la face interne.

L'examen du nez montre une rhinite atrophique très nette, surtout au niveau des cornets inférieurs, les cornets moyens étant au contraire hypertrophiés ; du pus à demi concrété remplit le nez, donne des filaments d'une paroi à l'autre, mais il n'y a pas de croûtes.

Un frère plus âgé de deux ans a aussi de la rhinite atrophique avec mauvaise odeur et sécrétion abondante.

OBSERVATION LXVIII

(LANNOS et JACOD.)

M^m P..., 40 ans, est une ozéneuse avec atrophie, croûtes, etc., tout à fait typique. Elle a eu souvent des suppurations d'oreille autrefois et, il y a deux ans, elle n'avait présenté, avec une surdité marquée, que des tympons cicatriciels avec adhérences et infiltration de sels calcaires. Du côté gauche, les adhérences

étaient évidentes et la partie postérieure montrait la caisse à nu et épidermée.

Il y a six semaines, elle a eu de la douleur pendant deux jours à gauche, puis de l'écoulement. Actuellement (août 1909), l'écoulement est très faible et présente les mêmes caractères que nous avons déjà vus si souvent. Soumise à l'huile de bouleau, pour l'oreille, elle revenait guérie au bout d'un mois environ.

OBSERVATION LXIX

(L'ANNOIS et JACOD.)

M^{lle} P. X... est actuellement âgée de 40 ans et est en traitement plus ou moins régulier depuis avril 1895. Elle racontait à ce moment qu'elle avait des écoulements irréguliers des deux oreilles depuis l'adolescence, avec prédominance du côté gauche, où il s'en était déclaré un nouveau deux mois auparavant.

Au lavage, au milieu de nombreux débris malodorants, il sort un petit polype granuleux qui venait de la partie postéro-supérieure du cercle tympanal. On n'arrive pas à bien voir la perforation en raison des débris épidermiques adhérents. L'oreille droite présente une forte dépression cicatricielle en arrière du manche occupant les deux tiers supérieurs du segment postérieur; elle adhère à demi à la paroi interne par des brides cicatricielle fibreuses.

La malade raconte alors qu'elle a été longtemps soignée par un chirurgien pour ulcération « avec carie dans le nez ». En réalité, il s'agit d'une très grosse rhinite atrophique avec croûtes et ozène manifeste; il y a une forte déviation de la cloison à gauche.

Elle a de plus un rétrécissement mitral.

L'écoulement était léger, mais toutes les fois qu'elle revenait se faire examiner, on retrouvait le conduit rempli de masses jaunâtres et de lambeaux d'épiderme macéré avec odeur caractéristique. Il dura jusqu'au mois de juillet. A ce moment, l'audition était remontée à 18 centimètres pour la montre.

La malade resta ensuite cinq ans sans se montrer, mais depuis, il ne passa d'années sans qu'elle revint avec la même histoire et présentant les mêmes symptômes. A chaque instant elle avait de l'abaissement de l'ouïe, un peu de suintement, et on retrouvait les mêmes masses obstruant le conduit, remplissant la caisse et ses anfractuosités.

En décembre 1902, elle eut encore un petit polype comme celui qu'elle présentait à sa première visite : un autre plus petit est noté à la date du 21 août 1907. Mais à partir de ce moment, l'écoulement s'est définitivement arrêté. Au commencement de mai 1910, nous notons qu'il n'existe à gauche qu'un moignon de manche fortement basculé en dedans, que la cicatrisation s'est faite sur la paroi interne de la caisse, mais qu'il y a toujours, en haut et en arrière, des lambeaux épidermiques secs.

La rhinite atrophique est toujours la même, mais il n'y a presque plus de croûtes, et l'amélioration est manifeste : elle a coïncidé avec des pulvérisations alternées d'huile de bouleau et d'huile airolée.

OBSERVATION LXX

(Recueillie à la consultation de M. LANNOIS)

S. L. Jeune homme de 14 ans, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Pothin pour la première fois le 11 octobre 1912. Il est porteur d'une otorrhée droite dont le début remonte à un an. Antérieurement, il eut en bas âge des suppurations d'oreille passagères qui guérirent simplement à la suite de quelques lavages.

Le malade est un sujet de petite taille, un peu chétif. Son nez présente extérieurement une déformation en pied de marmite.

L'écoulement d'oreille s'est installé insidieusement sans symptôme douloureux prémonitoire. Au moment de l'examen on est frappé par l'odeur extrêmement pénétrante et fétide qui s'échappe de son conduit auditif, odeur qui fait immédiatement penser à l'ozène, avant tout examen rhinoscopique.

Le pus est verdâtre, très fétide, et s'est concrété en croûtes qui comblent le conduit auditif. Le lavage ramène des croûtes jaunâtres, des squammes épidermiques, mais pas de flocon purulent comme dans les otorrhées ordinaires. Même après des lavages répétés, on n'arrive pas à dépouiller complètement la muqueuse des débris qui la recouvrent et adhèrent à sa surface, elle présente d'ailleurs une teinte blafarde, atone, qui ne rappelle en rien sa coloration rosée habituelle. La membrane tympanique présente une large perforation réniforme aux dépens des deux quadrants inférieurs.

A l'examen de l'oreille gauche = petite dépression dans le segment postérieur du tympan.

Rhinoscopie antérieure = ozène bilatéral avec croûtes.

Eperon de la cloison à gauche.

OBSERVATION LXXI

(Due à l'obligeance de M. LANNOIS.)

M^{lle} B..., 42 ans.

A eu de l'écoulement de l'oreille droite dans l'enfance et a toujours mal entendu de ce côté. Depuis une dizaine d'années, elle a des écoulements irréguliers de l'oreille gauche. Quand cet écoulement augmente, elle se fait des lavages d'oreille. Il y a deux mois, après un refroidissement, elle a eu une augmentation de la surdité de l'oreille gauche avec un peu de bourdonnement et de sensation vertigineuse : à droite, tympan épaissi, flanc opaque surtout dans sa partie postérieure, sans cicatrice apparente ; à gauche, large perforation cordiforme ; muqueuse couverte de débris qu'on n'arrive pas à déterger ; n'entend la montre qu'au contact des deux côtés.

Elle a depuis sa jeunesse, des écoulements abondants du nez et a eu, pendant longtemps, de très grosses croûtes difficiles à détacher.

A l'examen : rhinite atrophique très accusée avec enduit crémeux et odeur très fétide. Le même enduit tapisse le rhino-phar-

rynx. Pharyngite sèche. A plusieurs reprises on constate le même état, et au mois de juin dernier, on trouve l'oreille absolument pleine de débris fétides qu'on a de la peine à enlever. Audessous d'eux, il existe à la partie inférieure de la perforation sur le cadre tympanal un petit polype d'aspect verruqueux gros comme une tête d'épingle qu'on cautérise.

La malade est toujours en traitement.

OBSERVATION LXXII

(Due à l'obligeance de M. LANNOIS.)

M. H., 39 ans.

Présente une rhinite atrophique manifeste peu accusée. Il dit avoir mouché beaucoup de croûtes entre 15 et 20 ans. C'est depuis la même époque que ses oreilles coulent. Des deux côtés, les tympans sont presque complètement détruits, avec manche isolé. Les conduits sont remplis de pus et de débris mal odorants, de chaque côté on trouve de petits polypes verruqueux dans les conduits; on les cautérise.

En un mois, sous l'influence du traitement, les suppurations s'arrêtent, mais les cavités tympaniques restent un peu humides, sécrétant du muco-pus adhérent et de mauvaise odeur.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Dans ce chapitre nous serons bref, et nous nous bornerons à indiquer dans ses grandes lignes le traitement des complications que nous avons passées en revue. Nous nous proposons surtout d'insister sur la nécessité de traiter avant tout les lésions nasales sous peine de voir toute tentative thérapeutique rester vaine. Le traitement nasal est en effet le temps capital, car la persistance de croûtes et de muco-pus dans les fosses nasales et le rhino-pharynx entretient fatalement les infections de l'oreille moyenne.

1° Traitement causal.

Les lavages des fosses nasales, bien qu'ils constituent parfois une arme à deux tranchants quand ils sont mal exécutés, et soient susceptibles dans ces conditions de déterminer des otites aiguës, doivent malgré tout être conservés, car ils représentent le meilleur procédé pour assurer une aseptie nasale parfaite. Après une longue pulvérisation d'huile goménolée à 5 % d'huile de bouleau ou de toute autre préparation analogue, le sujet

devra pratiquer un lavage avec une solution contenant par litre une cuillerée à soupe de sel marin, lavage qui balayera le muco-pus et les croûtes ramollies par les pulvérisations huileuses. Ce traitement renouvelé deux à trois fois par jour, assure la propreté du nez et du rhinopharynx et atténue la mauvaise odeur. Les badigeonnages répétés du nez et du pharynx nasal pratiqués par le malade ou par le médecin répondent à la même indication. En même temps qu'ils dépouillent la muqueuse de ses croûtes, ils excitent et stimulent sa vitalité compromise par le processus ozéneux. Bref, on peut user de tous les procédés thérapeutiques préconisés contre la rhinite atrophique avec croûtes; mais il ne faut pas oublier qu'à côté de l'élément infectieux il existe dans cette affection un facteur mécanique qui intervient dans la genèse des accidents auriculaires.

L'élargissement des fosses nasales qui, aux yeux de Zaufal représentait la cause essentielle de l'ozène, constitue comme nous l'avons vu, au chapitre étiologie, un facteur important des lésions auriculaires. Le nez de l'ozéneux, dépourvu des reliefs qu'y dessinent normalement les cornets inférieurs, ne peut plus filtrer l'air de ses impuretés, et ne joue plus son rôle de défense vis-à-vis de l'oreille moyenne. Aussi, les injections de paraffine qui tendent à donner aux fosses nasales leur architecture normale, pourront jouer un rôle utile à l'égard de l'ozène et des lésions d'oreille.

Ce traitement des lésions nasales doit être prolongé aussi longtemps que se manifeste le processus ozéneux sous peine de voir les accidents auriculaires récidiver et continuer leur évolution, aussi exige-t-il de la part

du malade et du médecin beaucoup de patience et beaucoup de soins minutieux.

2° Traitement des complications auriculaires.

Nous ne voulons pas rappeler le traitement des otites suppurées ou des otites scléreuses, qui a sa place dans les traités ou manuels de spécialité ; car une suppuration aiguë ou chronique de la caisse réclame les mêmes soins, quel que soit le facteur étiologique qui la conditionne.

Dans les otites suppurées d'origine ozéneuse, outre les soins locaux habituels, il faut s'appliquer à combattre la mauvaise odeur spéciale de ces suppurations. On dispose pour cela des désodorisants comme l'aniodol ou le lysol. Wyss, envisageant cette particularité dans sa thèse, conseille de faire en premier lieu un lavage désinfectant avec une solution de sublimé à 1/2000.

Il est enfin une dernière particularité que nous nous bornerons à indiquer : c'est le danger que présente chez de tels malades le cathétérisme de la trompe qu'on pourrait être tenté de pratiquer pour lutter contre les lésions d'otite scléreuse. Un cathétérisme fait dans de telles conditions ne manquerait pas de déterminer une otite aiguë, en faisant pénétrer dans la trompe et l'oreille moyenne des produits de suppuration ozéneuse.

Ils ne seront autorisés que chez les ozéneux guéris, dont les fosses nasales ne renferment ni croûtes, ni muco-pus. Pendant la phase évolutive de l'ozène, si on

veut assurer la ventilation de la caisse du tympan, et dans l'espoir de mettre le malade à l'abri de l'otite scléreuse, on pourra prescrire, comme Wyss le préconise, des gargarismes répétés qui constituent pour le voile du palais, une gymnastique salubre et assurent, dit-il, la ventilation de l'oreille moyenne. De plus, par le même mécanisme, la musculature palato-tubaire se contractant énergiquement empêchera le séjour des matières desséchées et du muco-pus au voisinage de l'orifice des trompes.

CONCLUSIONS

I. — L'ozène, par les lésions qu'il détermine sur la muqueuse pituitaire compromet au plus haut point les fonctions des fosses nasales.

Les cornets inférieurs atrophies ne ralentissent plus et ne purifient plus la colonne d'air inspiré. Les produits de sécrétion de la muqueuse ont perdu leurs propriétés bactéricides.

L'extension des lésions ozéneuses au cavum et en particulier à l'orifice tubaire, favorise éminemment l'éclosion des accidents auriculaires.

II. — Les otites catarrhales, scléreuses et cicatricielles s'observent très fréquemment ; à partir de 25 à 30 ans, l'immense majorité des ozéneux présentent des lésions tympaniques. Lorsqu'elles n'existent pas, c'est le plus souvent, parce que l'ozène est seulement à son début.

III. — L'ozène détermine des otites suppurées soit aiguës, soit chroniques, ce qui est plus fréquent. Celles-ci suivent une évolution parallèle à l'affection qui les conditionne, c'est-à-dire ont tendance à la chronicité, s'améliorant quand les lésions nasales s'atténuent pour récidiver quand elles sont en recrudescence.

Comme toutes les otorrhées qui s'éternisent, elles exposent les malades aux complications mastoïdiennes et intracrâniennes.

IV. — L'ozène agit encore d'une autre façon sur l'oreille ; il peut envahir pour son propre compte les trompes et la caisse, produisant un ozène de l'oreille moyenne dont les caractères essentiels sont la fétidité extrême ; la présence dans le conduit et la caisse de croûtes adhérentes et mal-odorantes ; l'aspect blafard et atone de la muqueuse rappelant la pâleur des cornets inférieurs atrophies.

V. — Le traitement seul de l'affection auriculaire est insuffisant. L'ozène doit être traité concurremment.

Le traitement des lésions non suppurées, catarrhales ou sclérosantes, est difficile, tout à cause des dangers du cathétérisme chez de tels malades que de la réinfection constante de la caisse par les lésions nasales.

VU :

Le Président de la Thèse,

LANNOIS.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL. — Etudes bactériologiques de l'ozène pur. (*Centralblatt. für Bacter.*, XIII, p. 161, 1893.)
- BAGINSKY et FRÖNKEL. — Ozène laryngo-trachéal. (*Berliner Klin. Woch.*, n° 37, 1876.)
- BRËCKAERT. — Les injections de paraffine appliquées au traitement de l'ozène. (*Belgique médicale*, 1903, *Annales des maladies de l'oreille*, 1903.)
- BASSO. — Bactériologie de la kératite à hypopion. (Congrès de Rome, 1894.)
- CASTEX. — Maladies du larynx, du nez et des oreilles. (Paris, 1903, 2^e édition.)
- CHARCOT-BOUCHARD. — Article Ruault. (*Traité de médecine*, tome IV, Paris, 1903.)
- COUÉTOUX. — Les phases de l'ozène. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1893.)
- CHAUVEAU. — Contribution à la pathogénie de l'ozène. (*France médicale*, 1899.)
- CUÉNOD. — *Archives d'ophtalmologie*, août 1894. Bactériologie clinique de la conjonctivite. (*Gazette des hôpitaux*, septembre 1894.)
- COMPAIRED. — Atrophie ozénateuse et ses complications oto-cranio-cérébrales. (III^e Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngol., Séville, 13-14 avril 1910. *Revue hebdomad. de laryngologie*, 1910, tome I, p. 615.)
- Atrophie ozéneuse pure de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1910.
- L'ozène et ses complications. (Publication de la collection de clinique et de laboratoire des auteurs espagnols. Chez Paya et C^{ie}, Saragosse, 1911.)
- A propos de quelques manifestations cliniques rares de l'ozène. (*Siglo medico*, Madrid, décembre 1910.)

- CABOCHE. — L'ozène forme larvée de tuberculose. (*Annales des mal. de l'oreille*, 1907.)
- DAUBIGNEY (E.). — Les théories pathogéniques de l'ozène. Etude critique. (Thèse de Montpellier, 1909.)
- DEUMIER. — De la rhinite atrophique et de l'ozène. (Thèse de Paris, 1890.)
- FRAENKEL. — Ozène laryngo-trachéal. (*Berl. klin. Wochen.*, n° 37, 1876.)
- FERRARI. — La créosote dans l'ozène. N. 7. (*Med. Journ. Leb.*, 25, 1899. N. 7. *Med. Record. March.*, 4, 1899.)
- FISHER. — Sur l'ozène du nez et du larynx. (*Greiswald*, 1893.)
- GRELICHE. — Les infections d'origine nasale. (Thèse de Paris, 1894.)
- GUILPIN. — Contribution à l'étude de l'ozène et de la rhinite atrophique simple. (Thèse de Paris, 1895.)
- GILLOT. — Contribution à la pathogénie de l'ozène. (Thèse de Lille, 1909.)
- HABERMANN. — *Klin. med. Wochens.*, n° 48, 29 nov. 1886.
- HEURTEBISE. — Contribution à l'étude de la laryngite sèche chronique ozéneuse. (Thèse de Paris, 1900.)
- JURASZ. — Les maladies des premières voies respiratoires. (Heidelberg, 1891.)
- LAUTMANN. — L'ozène atrophiant. (Thèse de Paris, 1897.)
- LERMOYEZ. — La contagion de l'ozène. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, janvier 1907.)
- LEWENBERG. — Sur la nature et le traitement de l'ozène. (Comptes rendus du Congrès international d'otologie, Bâle, 1885.)
- Nature et traitement de l'ozène. (*Deutsch. medic. Woch.*, sept. 1877.)
- Le microbe de l'ozène. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1894.)
- LANNOIS et JACOD. — L'otite ozéneuse. (*Annal. des mal. de l'oreille*, octobre 1910.)
- LERMOYEZ et WURTZ. — Moyens de défense des cavités nasales contre l'infection microbienne. (Soc. de biologie, 15 juillet 1895.)
- LUC. — De l'ozène trachéal. (*Arch. intern. de laryng.*, 1888, p. 101.)
- Nouveaux cas d'ozène trachéal. (*Arch. de laryng.*, n° 4, 1888)
- LASAYGUES. — L'origine hérédosyphilitique de l'ozène. (Thèse de Paris, 1908.)
- LAVRAND. — Pathogénie et traitement de l'ozène. (*Archives internationales de laryngol., d'otol.*, sept.-oct. 1910.)
- LABAYLE. — L'ozène trachéal. (Thèse de Paris, 1906-07.)
- MARTIN (A.). — De l'ozène vrai. (Thèse de Paris, 1881.)

- MARTIN (E.). — Traitement de l'ozène vrai. (Thèse de Paris, 1899.)
- MOLDENHAUER. — Traité des maladies des fosses nasales. (Traduit par Potiquet, Paris, 1888.)
- MICHEL. — Les maladies du nez. (Berlin, 1876. Traduit par Capart.)
- MOURE. — Manuel pratique des maladies des fosses nasales. (Paris, 1886, 2^e édition, Paris, 1893.)
- MORELL-MACKENZIE. — Les maladies du cou et du nez. (Traduit par Simon, p. 771.)
- MORF. — Etude de la rhinite atrophique et de ses rapports avec les affections de l'appareil auditif. (*Zeitschrift. f. Ohrenheilkunde*, 1894.)
- MOURE et BRINDEL. — Résultats des injections de paraffine faites sous la muqueuse pituitaire chez 70 malades atteints de coryza atrophique ozéneux. (*Revue hebdomad. de laryng. d'otol. et de rhinol.*, oct. 1903.)
- MESLAY et VIOLLET. — Examen bactériol. de la rhinite ozéneuse. (Soc. anatomique de Paris, 21 juillet 1899.)
- NOQUET. — De l'ozène. (Congrès internat. otol., Paris 1889, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1889, n° 11, p. 774.)
- OQUENDO (Carlos). — Contribution à l'étude de l'ozène. (Thèse de Paris, 1898.)
- PASMONIK. — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ozène. (*Revue médicale de la Suisse romande*, avril 1901.)
- PECK. — Complications de l'ozène. (Thèse de Paris, 1899.)
- PES et GRADENIGO. — Notes bactériol. sur l'ozène. (*Annales des mal. de l'oreille*, n° 8, 1896.)
- PIAGET. — Moyens de défense de la cavité nasale contre l'infection microbienne. (Thèse de Paris, 1896.)
- PEREZ (J.). — Bactériologie, étiologie et prophylaxie de l'ozène. (*Annal. de l'Institut national de Buenos-Ayres*, 1901.)
- Etat actuel de la question de l'ozène. (*Annales des mal. de l'oreille*, 1907.)
- RICORDEL. — Etude sur une phase de l'ozène. (Thèse Paris, 1892.)
- RUVAULT. — Ozène. (In *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, 1893, T. IV.)
- SCHESTAKOW. — Contribution à l'étude de l'ozène. (Thèse de Genève, 1894.)
- STRUBING. — De l'ozène. (*Munch. med. Woch.*, n° 39, 1895.)
- SIMONIESCU. — Contribution à l'étude de l'ozène trachéal. (*Arch. internat. de laryng.*, 1905, n° 6.)
- STRAUS. — Mémoire de l'Académie de médecine, 3 juillet 1894.
- TAUBÉ. — De l'ozène des bronches. (Thèse de Paris, 1905.)

- TERSON et GABRIÉLIDES. — *Archives d'ophtalmologie*, Paris, 1894.
- TISSIER. — Rhinite atrophique. (*Annal. des mal. de l'oreille*, oct. 1894, p. 995.)
- VULPIUS. — Sur l'ozène primitif laryngo-trachéal. (*Deutsch. med. Wochens.*, 28 janvier 1897.)
- VIOLLET. — Défense de l'organisme contre l'infection dans les fosses nasales. (Thèse de Paris, 1900.)
- WURTZ. — Voir Lermoyez.
- WYSS. — Etude clinique des complic. auriculaires de l'ozène. (Thèse de Berne, 1886.)
- ZAUFAL. — Sur l'ablation des polypes du nez à l'anse froide... Relation entre les affections auriculaires et les affections nasales. (*Prager. medicinische Woch.*, 1877, n° 48, 28 nov.)
-

